Aus der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. Dr. N. Schwenzer
des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Universität Tübingen

ÄSTHETISCHE STÖRUNGEN NACH MAXILLO-FACIALEN VERLETZUNGEN UND IHR EINFLUSS AUF DIE MINDERUNG DER ERWERBSFÄHIGKEIT

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnheilkunde
der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt
von
Wolfgang Eßer
aus
Mönchengladbach

1979

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536516_0041

Aus der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. Dr. N. Schwenzer
des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Universität Tübingen

ÄSTHETISCHE STÖRUNGEN NACH MAXILLO-FACIALEN VERLETZUNGEN UND IHR EINFLUSS AUF DIE MINDERUNG DER ERWERBSFÄHIGKEIT

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnheilkunde
der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt
von
Wolfgang Eßer
aus
Mönchengladbach

1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. H. Heimann

Berichterstatter: Professor Dr. Dr. N. Schwenzer

Fotodruck H. Resch · Georgstraße 50 · 7402 Kirchentellinsfurt

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit

INHALTSVERZEICHNIS

I.	EINLEITUNG	5
II.	LITERATURÜBERSICHT	6
III.	METHODIK	16
IV.	ERGEBNISSE	34
V.	DISKUSSION	60
VI.	ZUSAMMENFASSUNG	69
VII.	LITERATURVERZEICHNIS	73

I. EINLEITUNG

Die Zunahme des Verkehrs und damit der Verkehrsunfälle, die weitgehend maschinell zu leistenden Arbeitsverrichtungen mit den damit verbundenen Arbeitsunfällen sowie die große Anzahl Verletzter zweier Weltkriege bringen es mit sich, daß die ärztliche Begutachtung zu einem Teilgebiet der Heilkunde selbst geworden ist (9) und daß sich das ärztliche Wirken auch auf die gutachtliche Stellungnahme zum eingetretenen oder ausgebliebenen Heilerfolg zu erstrecken hat. (3)

Vom begutachtenden Arzt wird dabei u.a. verlangt, eine Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit vorzunehmen, die bedingt ist durch die als Verletzungsfolge auftretenden Störungen. Es gibt zwar zahlreiche Abhandlungen über das Vorgehen bei der Erstellung solcher Gutachten und über Gesichtspunkte bzw. Vorschriften, die dabei zu beachten sind, aber es ließ sich, was das Fachgebiet Kiefer- und Gesichtschirurgie betrifft, in der Literatur keine Arbeit finden, die sich mit bereits erstellten Gutachten auseinandersetzt.

Aufgabe der vorliegenden Arbeit soll es daher sein, in dieser Richtung einen ersten Beitrag zu leisten.

II. LITERATURÜBERSICHT

MdE heißt "Minderung der Erwerbsfähigkeit" und bedeutet die Minderung der Fähigkeit eines Menschen, seine Arbeitskraft im allgemeinen Erwerbsleben wirtschaftlich zu verwerten (9,14,18,22) bzw. durch Arbeit ein Einkommen zu erzielen. (7) Im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung (2,11,14) ist Erwerbsfähigkeit die Fähigkeit des Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen, seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten im gesamten Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen.

Nicht verwechselt werden darf jedoch, obwohl dies immer noch geschieht (3), der Begriff "Minderung der Erwerbsfähigkeit" mit der sogenannten "Erwerbsminderung", denn darunter versteht man die "Minderung des durch eine Erwerbstätigkeit erzielten Verdienstes". (8)

RAUSCHELBACH (17) gibt in seiner Arbeit "Zur Bedeutung der MdE" einen Abriß der geschichtlichen Entwicklung des Begriffs: Danach gab es bereits bei der Militär-Invalidenversorgung nach einem Gesetz von 1851 einerseits feste Pensionszulagen für bestimmte "Verstümmelungen" und andererseits wurde betont, daß für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit die Frage maßgebend sei, "ob die Invaliden den Betrieb ihres früheren bürgerlichen Gewerbes oder erlernten Handwerks oder einer anderen derartigen Beschäftigung aufzunehmen in der Lage waren".

Zum ersten Mal direkt erwähnt wird der Begriff MdE im Reichsversorgungsgesetz von 1920 (21), in dem es heißt: "Der Beschädigte hat Anspruch auf Rente, solange infolge einer Dienstbeschädigung seine Erwerbsfähigkeit um wenigstens 15 vH gemindert oder seine körperliche Unversehrtheit schwer beeinträchtigt ist".

In einer ergänzenden Verordnung, in der Mindestrentensätze für bestimmte Schädigungsfolgen aufgeführt sind, heißt es dazu weiter: "Wer in seiner körperlichen Unversehrtheit

schwer beeinträchtigt ist, erhält ohne Rücksicht auf den Grad seiner Erwerbsfähigkeit eine Rente nach den nachstehenden Sätzen."

Es gab also zwei Maßstäbe, nach denen die Rente bemessen wurde: zum einen die Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit und zum anderen die Minderung der Erwerbsfähigkeit. Hieraus wird deutlich, daß der Begriff MdE mehr und anderes umfaßt, als er eigentlich aussagt.

Auch die folgenden Beispiele mögen zeigen, daß das, was unter diesem Begriff nach Graden gemessen wird, in Wirklichkeit nur eine sehr begrenzte Verbindung hat zu der Einschränkung der Fähigkeit, eine Erwerbstätigkeit auszuüben.(17) Zu denken ist hier an ein Mannequin, das sich bei einem Verkehrsunfall Gesichtsentstellungen zugezogen hat und deshalb seinen erlernten Beruf nicht mehr ausüben kann, aber ohne jede Beeinträchtigung z.B. einer Tätigkeit in einem Büro nachgehen kann und dem eine Rente nach einer MdE von bis zu 50% gewährt wird. Ähnliches gilt für die MdE-Bewertung mit 30% beim einseitigen Augenverlust oder für Persönlichkeiten, denen es mit einer bewundernswerten Tatkraft und Energie gelungen ist, ihren Körperschaden zu kompensieren und dadurch Unversehrten erwerbsmäßig nicht nachstehen.(18)

Der Begriff MdE ist daher irreführend (17) und hat nur noch historische Bedeutung (18), denn heute besteht keine zwingende Parallelität mehr zwischen gesundheitlicher Behinderung und Erwerbsminderung, d.h., daß diese dem Schweregrad der Gesundheitsstörung entsprechend steige oder falle. (9,18)

Die Bedeutung des Begriffes hat sich also geändert,und heute ist die MdE ein umfassendes Maß für die Schwere eines Gesundheitsschadens (17) und bezeichnet den Grad der Versehrtheit bzw. den Grad der Behinderung.(18) Durch die MdE wird somit zum Ausdruck gebracht, inwieweit das körperliche, seelische und geistige Vermögen beeinträchtigt (14,8) und wie groß der Integritätsverlust, d.h. Einbuße an Gesundheit ist.(7)

Trotz der aufgezeigten Unzulänglichkeit des Begriffs wird man damit auf absehbare Zeit auskommen müssen, da zum einen keinerlei Bemühungen zu erkennen sind, diese Bezeichnung abzuschaffen (18) und, wie RAUSCHELBACH (17) vorgeschlagen hat, durch einen Begriff - z.B. "Grad der Behinderung" - zu ersetzen, und zum anderen zahlreiche Leistungen und Vergünstigungen für Behinderte von der Feststellung des Grades der MdE abhängen. Das gilt für die gesetzliche Unfallversicherung und das Versorgungswesen, das folgende Gesetze umfaßt:
Bundesentschädigungsgesetz (BEG)
Bundesbeamtengesetz (BBG)
Bundesversorgungsgesetz (BVG)
und diesem angeglichene Gesetze.(15,17,18)
Dabei ist zu beachten, daß Rentenleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung bei einer MdE um 20% beginnen, nach allen anderen Gesetzen um 25%.(6,9,15,18)

Entsprechend des Bedeutungswandels des Begriffes "MdE" ist auch der Sinn der Unfallrente heute ein anderer, im Gegensatz zu früher, als sie dazu beitrug, die rein materielle Not durch eine Entschädigung für den unfallbedingt geringeren Arbeitsverdienst zu lindern.(6) Heute entschädigt die Unfallrente für die körperliche und seelische Beeinträchtigung und die Erschwerung wirtschaftlichen Fortkommens.(6) Sie stellt nach REICHARDT (18) eine "Energieaufwandsentschädigung" dar für das Mehr an Energie, das der Versehrte aufwenden muß, um mit Unversehrten gleichzuziehen.

Trotz der Tatsache, daß die Anerkennung einer noch so hohen MdE oft kein Maß für die wirkliche Einbuße an Erwerbsfähigkeit ist, gibt es Fälle, bei denen ein besonderes berufliches Betroffensein vorliegt (4,18,22), ein Körperschaden sich also ungünstiger auswirkt, als es einer durchschnittlichen Bewertung der körperlichen Schädigung selbst entspräche.(8) Zu denken wäre hier an die Anosmie eines Beschäftigten in der Nahrungs- und Genußmittelindustrie (Koch, Teesortierer). GRUHLE (5) hat daher vorgeschlagen,

im Gutachten zwei MdE-Werte anzugeben, einen, bezogen auf das allgemeine Erwerbsleben und einen anderen, bezogen auf den ausgeübten Beruf. Das erwies sich jedoch als undurchführbar, da der Begriff "allgemeines Erwerbsleben" ein unbestimmter Rechtsbegriff von geringer Anschaulichkeit ist (8) und nicht festgelegt ist, welche Tätigkeitsmerkmale er eigentlich umfaßt.(9,18) Der Gutachter muß aber laut BVG § 30 Abs. 2 (1) immer ein berufliches Betroffensein berücksichtigen, auch wenn letztlich der für die Festsetzung der MdE zuständige Verwaltungsbeamte oder Richter entscheidet, ob ein solches vorliegt oder nicht und dementsprechend die vom Arzt vorgeschlagene MdE übernimmt oder korrigiert.(4,7,8,15) Die ärztlicherseits festgestellte MdE ist ja lediglich eine Empfehlung, an die sich die Verwaltungsbehörde oder das Gericht nicht halten muß.(6,7,8,22) In den meisten Fällen wird aber keine Veranlassung bestehen, vom Vorschlag des Arztes abzuweichen.(9)

Bezüglich der Berücksichtigung eines besonderen beruflichen Betroffenseins schreibt GÄRTNER: "Berücksichtigung nach dieser Regelung müssen alle Gesichtsentstellten finden, die besonders beruflich, aber auch in gesellschaftlicher Sicht außergewöhnliche Schwierigkeiten zu überwinden haben. Frauen sind dabei mehr betroffen als Männer. Die Einstufung solcher Versehrter kann naturgemäß nicht nach einem empirisch gewonnenen Schema erfolgen, sondern ist jeweils individuell zu treffen."(3)

Nach § 30 Abs. 1 BVG sind bei der Beurteilung der MdE weiterhin seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen.(1,4,22) Diese Hervorhebung im Gesetz verpflichtet den Gutachter, sich mit der Auswirkung der Schädigungsfolgen auf die Persönlichkeit und mit dem Einzelschicksal des Beschädigten (z.B. Beeinträchtigung der Gesellschaftsfähigkeit, Minderung des Lebnsgefühls) besonders zu befassen (4,22), wobei als Maßstab, ob bestimmte seelische Begleiterscheinungen als angemessen angesehen werden können, nach der neueren Rechtssprechung des BSG nicht mehr eine durchschnittliche oder als normal

bezeichnete, fiktive Persönlichkeit eingesetzt werden kann. "Es wird vielmehr auf die konkrete Persönlichkeit des Betroffenen abzustellen sein."(8)

Bei den seelischen Begleiterscheinungen handelt es sich nach v. KEITZ zum einen um "besondere Besorgnis- und Angstzustände", zum anderen um "erhebliche Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls", die bis in den Persönlichkeitskern einzudringen vermögen.(8)

PANSE unterstreicht die Folgen einer plötzlichen Gesichtsentstellung besonders: "Man hat es hier im wahrsten Sinne des Wortes mit Menschen zu tun, die ihr Gesicht verloren haben. Hier dürfte das Problem der psychischen Not des - gegenüber dem Gesunden, in der Vollkraft seiner Jahre Stehenden - Enterbten besonders kraß zu tage treten."(16) Auf die psychischen Folgen einer Gesichtsentstellung hat er in seinem Aufsatz "Pathopsychologie der Gesichtsentstellten" aufmerksam gemacht, auf den an dieser Stelle besonders hingewiesen sein soll.(16)

GÄRTNER schreibt zu diesem Punkt: "Unter den mannigfachen Verwundungen wird besonders die Gesichts- Kieferverletzung zum einschneidenden Erlebnis, das tief an den Lebenswillen und die Hoffnung greift, wiederhergestellt zu werden und als Mensch eine soziale, berufliche und gesellschaftliche Funktion erfüllen zu können. Die Frage des Selbstwertes wird zwangsläufig aufgeworfen, bestehende Konflikte werden vertieft und beeinflussen die physisch-psychische Haltung." Und weiter: "Jede Entstellung hat letztlich ein Gefühl der Minderwertigkeit zur Folge, auch wenn es nicht immer zugegeben wird."(3)

Obwohl also das Gesetz eindeutig den Gutachter verpflichtet, seelische Begleiterscheinungen, bezogen auf die Auswirkungen der Schädigungsfolgen auf die Persönlichkeit und in Bezug auf das Einzelschicksal des Beschädigten zu berücksichtigen (BVG § 30 Abs. 1), ist bekannt, daß die Durchschnittsätze der MdE nach den Anhaltspunkten die üblichen seelischen Begleiterscheinungen und Schmerzen umfassen.(4,8,22

Hier wird also die individuelle Berücksichtigung hineingepreßt in ein Schema, das nur in ganz besonderen Fällen die Gewährung einer zusätzlichen MdE wegen der seelischen Begleiterscheinungen rechtfertigt.(8)

Da es dem begutachtenden Arzt wenn überhaupt, dann nur deswegen möglich ist, die individuellen Folgen gerade einer ästhetischen Störung zu berücksichtigen, weil er in jahrelangem Umgang mit Menschen, die an den Folgen diesbezüglicher Verletzungen leiden, ausreichende Erfahrungen gesammelt hat, sollte er umso mehr der Forderung GÄRTNERS nachkommen: " Diese psychischen Aspekte müssen bei der Festlegung der Minderung der Erwerbsfähigkeit eine gebührende Berücksichtigung finden. Sie sind bisweilen in ihrer Auswirkung für den Entstellten gravierender als funktionelle Störungen. Nicht selten ist ein Beschädigter gezwungen, wegen seiner Entstellung den erlernten Beruf , die gesellschaftliche Position und den Kontakt mit einer ihm vertraut gewordenen Umwelt aufzugeben. Mancher Beruf bleibt ihm verschlossen und auch eine gezielte Umschulung ist nicht immer durchführbar."(3)

Im folgenden werden trotz der aufgeführten Bedenken gegen solche Richtwerte in einer Übersicht die Richtlinien zusammengestellt,die dem Gutachter bei der Schätzung der MdE helfen sollen. Diese wurden von verschiedenen Autoren angegeben, wobei wir lediglich die für den maxillo-facialen Bereich in Betracht kommenden Werte berücksichtigten; es wird jedoch kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Diese Richtlinien sind letztlich nur ein zusammengefaßtes Extrakt aus empirisch gewonnener, klinischer, wissenschaftlicher und gutachtlich praktischer Erkenntnis(3).
Sie sind das Ergebnis langer medizinischer Erfahrung, stellen aber doch nur Arbeitshilfen und keine verbindlichen Normen dar.(3,8,10,22) Sie können mit entsprechender Begründung über- oder unterschritten werden, da stets die zusätzliche Berücksichtigung der Einzelsituation jedes

Verletzten und seiner intellektuellen, körperlichen und sozialen Fähigkeiten erforderlich ist.(6,10,14,19) Solche MdE-Tabellen sind aber dennoch im Interesse der Einheitlichkeit der Rechtsanwendung zu begrüßen(18) und sollen sicherstellen, daß allzu krasse Beurteilungsunterschiede vermieden werden.(8)

Bewertungsrichtlinien zur prozentualen Einstufung der Minderung der Erwerbsfähigkeit im maxillo-facialen Bereich

	KOV (9,4,21) %	ges. U.V. (10,11, 2,6,9) %	Reichenbach (19,20) %	Gärtner (3) %	Link (12) %	Loebell (13) %
Verlust eines Auges	30	25				
geringe Ptosis	10-20	0-10				
starke Ptosis	25	20				
andere Augenmuskellähmungen	10-30	10-25				
Verlagerung des Augapfels		0-25				
Totalverlust der Nase	50	25-50	25	50-60	25-50	50
Teilverlust der Nase	10-30	10-20	10	10-30	10	
Sattelnase (je nach Entstellungsgrad)	10-30	15		10-30	15	15
Lippendefekt (mit ständigem Speichelfluß)	20-30	20	0-20	20-30	10-30	20
Verformung der Mundspalte					0-20	

	KOV %	ges. U.V. %	Reichenbach %	Gärtner %	Link &	Loebell %
Facialisparese einseitig	10-30	10		10-30	10	
" doppelseitig	20-40	30		20-50		
Verlust eines einzelnen Zahnes		0		0		0
Größerer Zahnverlust bis zur Eingliederung einer Prothese		10-20	10-20	10-20	20	20
Totaler Zahnverlust im Ok und UK bis zur prothetischen Versorgung		25		20-30		
nach Zahnersatz und gut sitzender Prothese		0-10				
abstoßend wirkende Entstellung des Gesichts	50	20-50	20-50	50-60	20-50	30-50
einfache Gesichtsentstellung bei Frauen und Mädchen	10-30			10-30		
Skalpierung bei Frauen	30	30-33[1] 3		20-50		
kosmetische Beeinträchtigung			5-20			

	KOV %	ges. U.V. %	Reichenbach %	Gärtner %	Link %	Loebell %
Narben der die Kiefer bedeckenden Weichteile					0-30	
Deform verheilter Bruch (je nach kosm. Beeintr.)					10-40	
Eindellung der OK-Wand		0				
Knochenverdickung		0-10				
Substanzverlust am Kiefer		0-40				

III. METHODIK

Es wurden 205 freie Gutachten, die in den Jahren 1970 - 77 an der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Tübingen erstellt wurden, statistisch ausgewertet.

Dabei wurden folgende Parameter für die statistische Erhebung verwendet:

1. Durchschnittsalter und Altersverteilung aller begutachteten Personen
2. Verteilung der Fälle nach Geschlecht, Familienstand und Beruf
3. Einweisungsgrund
4. Art, Jahrgang des Gutachtens und Adressat
5. Subjektive Beschwerden
6. Verletzungen des Sehorgans
7. Zahnverluste
8. Facialisparese
9. Traumatische Deformierungen von Lippen und Nase
10. Gesichtsasymmetrien
11. Profiländerungen
12. Anzahl, Länge, Lokalisation und Beschaffenheit der Narben
13. Aufteilung der Fälle nach Höhe und Dauer der MdE

Für die statistische Auswertung wurde von uns folgender Erhebungsbogen ausgearbeitet, der nach Überprüfung und mehrmaliger Korrektur verwendet wurde.

(- 1 -)

ERHEBUNGSBOGEN

FUNKTIONELLE/ÄSTHETISCHE STÖRUNGEN VON MAXILLO - FACIALEN VERLETZUNGEN UND IHR EINFLUSS AUF DIE MINDERUNG DER ERWERBSFÄHIGKEIT (MdE)

(keine Angaben = Kästchen leer)

NAME:
VORNAME:

LAUFENDE NUMMER DES GUTACHTENS 1-3 ☐☐☐

ZAHL DER GUTACHTEN
Erstgutachten = 1 , Zweitgutachten = 2 ,
Drittgutachten = 3 4 ☐

ANZAHL DER GUTACHTEN PRO PATIENT INSGESAMT 5 ☐

GESCHLECHT
männlich = 1 , weiblich = 2 6 ☐

GEBURTSDATUM 7-12 ☐☐☐☐☐☐

VERHEIRATET
nein = 0 , ja = 1 13 ☐

BERUF
(siehe Extraschlüssel) 14-15 ☐☐

ALTER ZUM ZEITPUNKT DES UNFALLS IN JAHREN 16-17 ☐☐

EINWEISUNGSGRUND
Verkehrsunfall = 1 , Arbeitsunfall = 2 ,
Wegeunfall = 3 , Gewalttätigkeit = 4 ,
Kriegsverletzung = 5 , Sonstige = 6 18 ☐

ALTER ZUM ZEITPUNKT DES GUTACHTENS IN JAHREN 19-20 ☐☐

JAHRGANG DES GUTACHTENS 21-22 ☐☐

GUTACHTENADRESSE
Versicherung = 1 , Gericht = 2 ,
Berufsgenossenschaft = 3 ,
Versorgungsamt = 4 , Sonstige = 5 23 ☐

ART DES GUTACHTENS
Hauptgutachten = 1 , Zusatzgutachten = 2 ,
1 + 2 = 3 24 ☐

BEFUND ZUM ZEITPUNKT DES GUTACHTENS :

SENSIBILITÄTSSTÖRUNGEN
nein = 0 , ja = 1 25 ☐

HYPÄSTHESIEN
nein = 0 , ja = 1 26 ☐
-N. supraorbitalis
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 27 ☐
-N. infraorbitalis
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 28 ☐
-N. mentalis
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2,
links = 3 , beiderseits = 4 29 ☐
-N. alveolaris inferior
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 30 ☐
-N. buccalis
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 31 ☐
N. maxillaris
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 32 ☐
-Oberlippe
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 33 ☐
-Unterlippe
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 34 ☐

ANAESTHESIEN

nein = 0 , ja = 1 35 ☐

-N. supraorbitalis

nein = 0 , ja, o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 36 ☐

-N. infraorbitalis

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1, rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 37 ☐

- N. mentalis

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 38 ☐

-N. alveolaris inferior

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 39 ☐

-N. buccalis

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 40 ☐

-N. maxillaris

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 41 ☐

-Oberlippe

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 ,beiderseits = 4 42 ☐

-Unterlippe

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 43 ☐

PARAESTHESIEN

nein = 0 , ja = 1 44 ☐

-N. supraorbitalis

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 45 ☐

-N. infraorbitalis

nein = 0 ,ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 46 ☐

N. mentalis

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 47 ☐

N. alveolaris inferior

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 48 ☐

-N. buccalis
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 49 ☐

-N. maxillaris
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 50 ☐

-Oberlippe
nein = 0 , ja,o.n.A! = 1 ,rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 51 ☐

-Unterlippe
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 52 ☐

DRUCKSCHMERZHAFTIGKEIT DER NERVENAUSTRITTSPUNKTE
nein = 0 , ja = 1 53 ☐

-N. supraorbitalis
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 54 ☐

-N. infraorbitalis
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 55 ☐

-N. mentalis
nein = 0 , ja,o.n.A = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 56 ☐

SCHMERZEN
nein = 0 , ja = 1 57 ☐

-im Kiefergelenk
nein = 0 , ja,o.n.A! = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 58 ☐

-beim Kauen
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 59 ☐

-bei Mundöffnung
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 60 ☐

-bei Druck
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 61 ☐

-beim Abbeißen
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 62 ☐

-neuralgiforme Schmerzen im Bereich des N. trigeminus
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 63 ☐

-Kopfschmerzen
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 64 ☐

VERLETZUNGEN DES SEHORGANS
nein = 0 , ja = 1 65 ☐

Sehen von Doppelbildern
nein = 0 , ja = 1 66 ☐

Verlust des Auges
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 67 ☐

Tränen des Auges
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 68 ☐

Lidschluß eingeschränkt
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 69 ☐

Lidschluß unmöglich
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 70 ☐

Enophthalmus
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 71 ☐

Exophthalmus
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 72 ☐

Ptosis
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 73 ☐

KARTENFOLGENUMMER 76 [1]

PROJEKTNUMMER 77-80 [0][2][5][2]

1 - 3 dupl.

VERLETZUNG DER NASE
nein = O , ja = 1 4 ☐
Erhöhte Infektanfälligkeit durch Veränderung der Belüftung der Nasennebenhöhlen
nein = O , ja = 1 5 ☐
Nasenlaufen/Behinderung der Nasenatmung
nein = O , Nasenlaufen = 1 , 6 ☐
Behinderung der Nasenatmung = 2
Störung des Geruchsinnes
nein = O , Einschränkung des Geruchsinnes = 1,
Verlust des Geruchsinnes = 2 7 ☐

ZAHNVERLUSTE
nein = O , ja = 1 8 ☐
Zahl der zu Verlust gegangenen Zähne
-in der Ok - Front 9 ☐
-in der UK - Front 10 ☐
-im OK - Seitenzahngebiet 11 ☐
-im UK - Seitenzahngebiet 12 ☐
Gesamtverlust an Zähnen 13-14 ☐☐

ZAHNSCHÄDIGUNGEN
nein = O , ja = 1 15 ☐
Zahl der geschädigten Zähne
-in der OK - Front 16 ☐
-in der UK - Front 17 ☐
-im OK - Seitenzahngebiet 18 ☐
-im UK - Seitenzahngebiet 19 ☐
Gesamtzahl der geschädigten Zähne 20-21 ☐☐

STÖRUNGEN DER KIEFERRELATION
nein = O , Okklusionsstörung = 1 ,
Artikulationsstörung = 2 , 1 + 2 = 3 22 ☐

STÖRUNGEN DER KAUFUNKTION

nein = 0 , ja = 1 , 23 ☐

Einschränkung der Kaufähigkeit

nein = 0 , ja = 1 , 24 ☐

-durch Verringerung der Abbißfähigkeit

nein = 0 , ja = 1 25 ☐

durch Einschränkung der Beweglichkeit des KG

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 , 26 ☐

links = 3 , beiderseits = 4

-durch Schmerzen im Kiefergelenksbereich

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,

links = 3 , beiderseits = 4 27 ☐

-durch Koordinationsstörungen der Kaumuskulatur 28 ☐

nein = 0 , ja = 1

-durch Schmerzen in der Kaumuskulatur

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,

links = 3 , beiderseits = 4 29 ☐

STÖRUNGEN DER MUNDÖFFNUNG

nein = 0 , Kieferklemme I. Grades = 1 ,

Kieferklemme II. Grades = 2,

KIEFERKLEMME III. Grades = 3 ,

Kieferklemme o.n.A. = 4 , Kiefersperre = 5 30 ☐

ARTHROPATHIEN

nein = 0 , Möglichkeit einer späteren deformierenden

Arthropathie = 1 , Gelenkgeräusche als Zeichen

einer beginnenden Arthropathie = 2 , o.n.A. = 3 31 ☐

ZUNGENFUNKTIONSSTÖRUNGEN

nein = 0 , ja = 1 32 ☐

STÖRUNGEN DES GESCHMACKSINNES

nein = 0 , Einschränkung des Geschmacksinnes = 1,

Verlust des Geschmachsinnes = 2 , o.n.A. = 3 33 ☐

PHONATIONSSTÖRUNGEN

nein = 0 , ja = 1 34 ☐

GESICHTSDEFEKTE

nein = 0 , ja = 1 , 35 ☐

Ohr

partieller Ohrabriß

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 36 ☐

totaler Ohrabriß

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 37 ☐

Nase

Nasendeformation

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 38 ☐

traumatische Breitnase = 2 ,traumatische
Sattelnase = 3 , traumatische Schiefnase = 4 39 ☐

Nasenverlust

nein = 0 , parteiller Nasenverlust = 1 ,
totaler Nasenverlust = 2 40 ☐

Lippe

Deformierung der Oberlippe

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 41 ☐

Deformierung der Unterlippe

nein = 0 , ja,O.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 42 ☐

PROFILÄNDERUNGEN

Erhebungen

nein = 0 , ja = 1 43 ☐

Stirn

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2,
links = 3 , beiderseits = 4 44 ☐

Orbita

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 45 ☐

Jochbein

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 46 ☐

OK
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 47 ☐

UK
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 48 ☐

Kinn
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 49 ☐

Abflachungen
nein = 0 , ja = 1 50 ☐

Stirn
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 51 ☐

Orbita
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 52 ☐

Jochbein
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 53 ☐

OK
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2,
links = 3 , beiderseits = 4 54 ☐

UK
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 55 ☐

Kinn
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 56 ☐

Substanzverluste
nein = 0 , ja = 1 57 ☐

Stirn
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 58 ☐

Orbita
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2,
links = 3 , beiderseits = 4 59 ☐

Jochbein
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 60 ☐

OK
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 61 ☐

UK
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 62 ☐

Kinn
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 63 ☐

UK - Verlust
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 64 ☐

ASYMMETRIEN
nein = 0 , ja = 1 65 ☐

Augenbraue
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 66 ☐

Lidspalte
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 67 ☐

Wangenhaut
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 68 ☐

Oberlippe
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 69 ☐

Unterlippe
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 70 ☐

Mundwinkel
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 71 ☐

Kinn
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 72 ☐

KARTENFOLGENUMMER 76 [2]

PROJEKTNUMMER 77-80 [0][2][5][2]

1 - 3 dupl.

NARBEN

nein = 0 , ja = 1 — 4 ☐

ANZAHL

eins = 1 , zwei = 2 , drei = 3 ,
vier und mehr (= multipel) = 4 — 5 ☐

BESCHREIBUNG DER EINZELNEN NARBEN :

NARBE I

Länge in cm — 6-7 ☐☐

Lokalisation

Ohr

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 — 8 ☐

Stirn

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 — 9 ☐

Augenbrauen

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 — 10 ☐

Augenlider

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 — 11 ☐

Wange

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 — 12 ☐

Nase

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 — 13 ☐

Oberlippe

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 — 14 ☐

Unterlippe

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 — 15 ☐

Kinn

nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 — 16 ☐

Beschaffenheit
unauffällig = 0 , auffällig = 1 17 ☐

Pigmentierung
keine = 0 , Pigmentiert = 1 , depigmentiert = 2 18 ☐

Niveauänderung
nein = 0 , ja,o.n.A. =1 , aufgeworfen = 2 ,
wulstig = 3 , eingezogen = 4 19 ☐

Ausdehnung
flächig = 1 , strichförmig = 2 20 ☐

NARBE II
Länge in cm 21-22 ☐☐

Lokalisation
Ohr
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 23 ☐

Stirm
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 24 ☐

Augenbrauen
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 ,beiderseits = 4 25 ☐

Augenlider
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 26 ☐

Wange
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 27 ☐

Nase
nein = 0 , ja,o.n.A. =1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 28 ☐

Oberlippe
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 29 ☐

Unterlippe
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 30 ☐

Kinn
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2
links = 3 , beiderseits = 4 31 ☐

Beschaffenheit
unauffällig = 0 , auffällig = 1 32 ☐

Pigmentierung
keine = 0 , pigmentiert = 1 , depigmentiert = 2 33 ☐

Nieauänderung
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , aufgeworfen = 2 ,
wulstig = 3 , eingezogen = 4 34 ☐

Ausdehnung
flächig = 1 , strichförmig = 2 35 ☐

NARBE III

Länge in cm 36-37 ☐☐

Lokalisation

Ohr
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 38 ☐

Stirn
nein = 0 , ja,o.n.A = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 39 ☐

Augenbrauen
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 40 ☐

Augenlider
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 41 ☐

Wange
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 42 ☐

Nase
nein = 0 , ja,o.n.A. =1 . rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 43 ☐

Oberlippe
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 44 ☐

Unterlippe
nein = 0 , ja,o.n.A = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 45 ☐

Kinn
nein = 0 , ja, o.n.A. = 1 , Rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 46 ☐

Beschaffenheit
unauffällig = 0 , auffällig = 1 47 ☐

Pigmentierung
keine = 0 , pigmentiert = 1 , depigmentiert = 2 48 ☐

Nieveauänderung
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , wulstig = 3 ,
eingezogen = 4 49 ☐

Ausdehnung
flächig = 1 , strichförmig = 2 50 ☐

MULTIPLE NARBEN
Länge der auffälligsten Narbe in cm 51-52 ☐☐

Lokalisation
Ohr
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 53 ☐

Stirn
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 54 ☐

Augenbrauen
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 55 ☐

Augenlider
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 56 ☐

Wange
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 57 ☐

Nase
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 58 ☐

Oberlippe
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 59 ☐

Unterlippe
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2,
links = 3 , beiderseits = 4 60 ☐

Kinn
nein =0 , ja,o.n.A. =1 , rechts = 2 ,
links = , beiderseits = 4 61 ☐

Beschaffenheit

auffällig
nein = 0 , ja = 1 62 ☐

unauffällig
nein = 0 , ja = 1 63 ☐

nicht pigmentiert
nein = 0 , ja = 1 64 ☐

pigmentiert
nein = 0 , ja = 1 65 ☐

depigmentiert
nein = 0 , ja = 1 66 ☐

aufgeworfen
nein = 0 , ja = 1 67 ☐

wulstig
nein = 0 , ja = 1 68 ☐

eingezogen
nein = 0 , ja = 1 69 ☐

flächig
nein = 0 , ja = 1 70 ☐

strichförmig
nein = 0 , ja = 1 71 ☐

SUBJEKTIVE BESCHWERDEN
keine = 0 , ja-objektivierbar = 1 ,
ja-nicht objektivierbar = 2 72 ☐

KARTENFOLGENUMMER 76 [3]

PROJEKTNUMMER 77-80 [0][2][5][2]

1 - 3 dupl.

FACIALISPARESEN / FACIALISLÄHMUNGEN
nein = 0, ja = 1 4 ☐

Facialisparese
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 5 ☐

Schweregrad der Facialisparese
leicht = 1 , mittelschwer = 2 , schwer = 3 6 ☐

Facialislähmung
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 ,beiderseits = 4 7 ☐

DECKUNG VON SUBSTANZVERLUSTEN DURCH KÜNSTLICHEN ERSATZ (DEFEKTPROTHESE)
nein = 0 , ja = 1 8 ☐

Auge
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 9 ☐

Ohr
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 10 ☐

Nase
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 11 ☐

Stirn
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 12 ☐

Wange
nein = 0 , ja,o.n.A. = 1 , rechts = 2 ,
links = 3 , beiderseits = 4 13 ☐

VOM GUTACHTER VORGESCHLAGENE MdE
keine = 0 , ja = 1 14 [ ]

Höhe der 1. MdE in Prozent 15-17 [ ][ ][ ]
Dauer der 1. MdE in Monaten (lebenslang = 88) 18-19 [ ][ ]

Höhe der 2. MdE in Prozent 20-22 [ ][ ][ ]
Dauer der 2. MdE in Monaten (lebenslang = 88) 23-24 [ ][ ]

Höhe der 3. MdE in Prozent 25-27 [ ][ ][ ]
Dauer der 3. MdE in MOnaten (lebenslang = 88) 28-29 [ ][ ]

Höhe der 4. MdE in Prozent 30-32 [ ][ ][ ]
Dauer der 4. MdE in Monaten (lebenslang = 88) 33-34 [ ][ ]

Höhe der 5. MdE in Prozent 35-37 [ ][ ][ ]
Dauer der 5. MdE in Monaten (lebenslang = 88) 38-39 [ ][ ]

KARTENFOLGENUMMER 76 [4]

PROJEKTNUMMER 77 - 80 [0][2][5][2]

Anhang: Extraschlüssel Berufe:

Arbeiter	10	Näher	31
Bergmann	11	Rentner	32
Bildhauer	12	Schlosser	33
Dreher	13	Schreiner	34
Elektriker	14	Werkzeugmacher	35
Elektroschweisser	15	Abteilungsleiter	40
Gipser	16	Arzt	41
Glasbläser	17	Bankkaufmann	42
Hausfrau	18	Büroangestellter	43
Haushaltsgehilfe	19	Drogist	44
Heizungsmonteur	20	Journalist	45
Hilfsarbeiter	21	Kaufmann	46
Holzfäller	22	Kaufm. Angestellter	47
Installateur	23	Kontorist	48
Kraftfahrer	24	Krankenschwester	49
Landwirt	25	Lehrer	50
Lehrling	26	Sekretär	51
Maler	27	Schüler	52
Maurer	28	Soldat	53
Mechaniker	29	Zahnarzt	54
Monteur	30	Zahnarzthelferin	55

IV. ERGEBNISSE

Altersverteilung aller begutachteten Patienten in % als Summationskurve

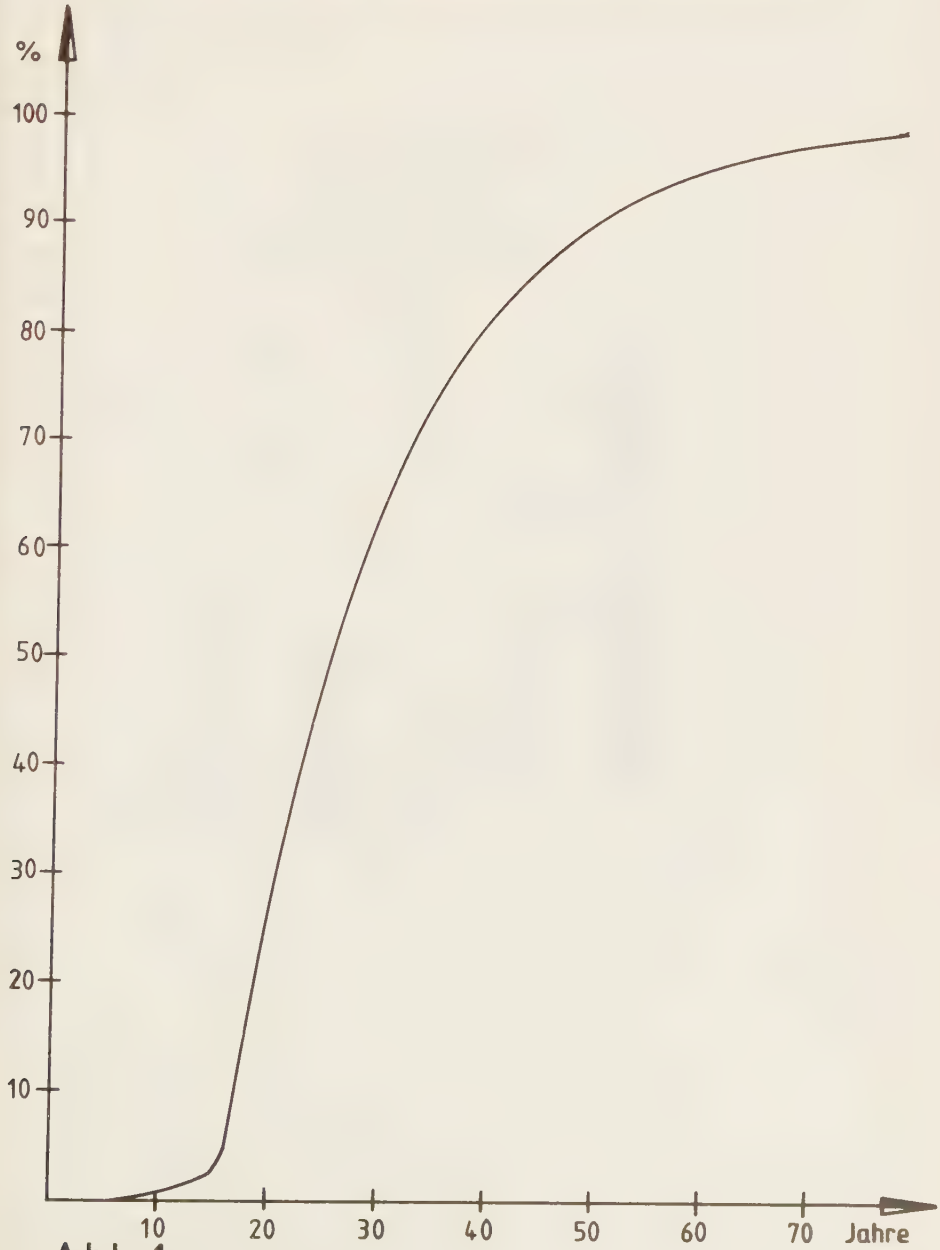


Abb. 1

Geschlecht

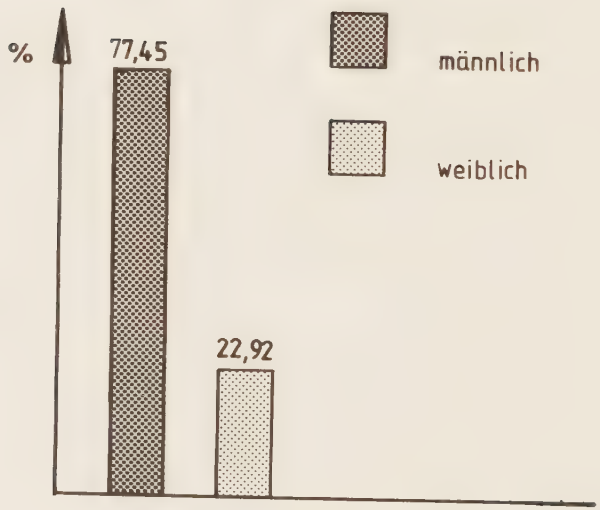


Abb. 2

Familienstand

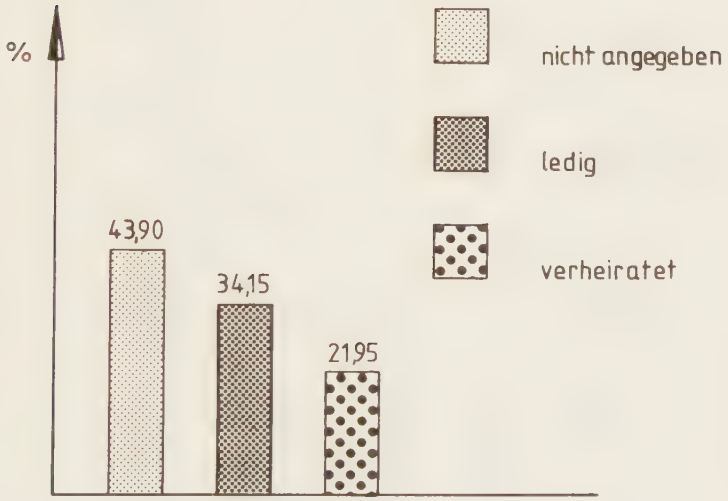


Abb. 3

Häufigkeit der verschieden Berufe:
In 88 Fällen (43%) konnte der Beruf nicht ermittelt werden, da er weder aus dem Gutachten noch aus den Krankenunterlagen ersichtlich war. So können nur 117 Fälle (57%) betrachtet werden.

Tabelle 1:

Beruf	Häufigkeit
Arbeiter	17
Landwirt	11
Schüler	10
Kraftfahrer	8
Hausfrau	7
Mechaniker	5
Schlosser	5
Büroangestellter	4
Kaufmann	4

Dreimal vertreten waren folgende Berufe:
Hilfsarbeiter, Maurer, Monteur, Bankkaufmann, Sekretär, Soldat

Zweimal vertreten waren folgende Berufe:
Heizungsmonteur, Rentner, Arzt, kaufmännischer Angestellter, Zahnarzthelferin

Einmal vertreten waren folgende Berufe:
Bildhauer, Dreher, Elektriker, Elektroschweisser, Glasbläser, Haushaltshilfe, Holzfäller, Installateur, Lehrling, Näher, Schreiner, Werkzeugmacher, Abteilungsleiter, Drogist, Journalist, Kontorist, Krankenschwester, Lehrer.

Einweisungsgrund

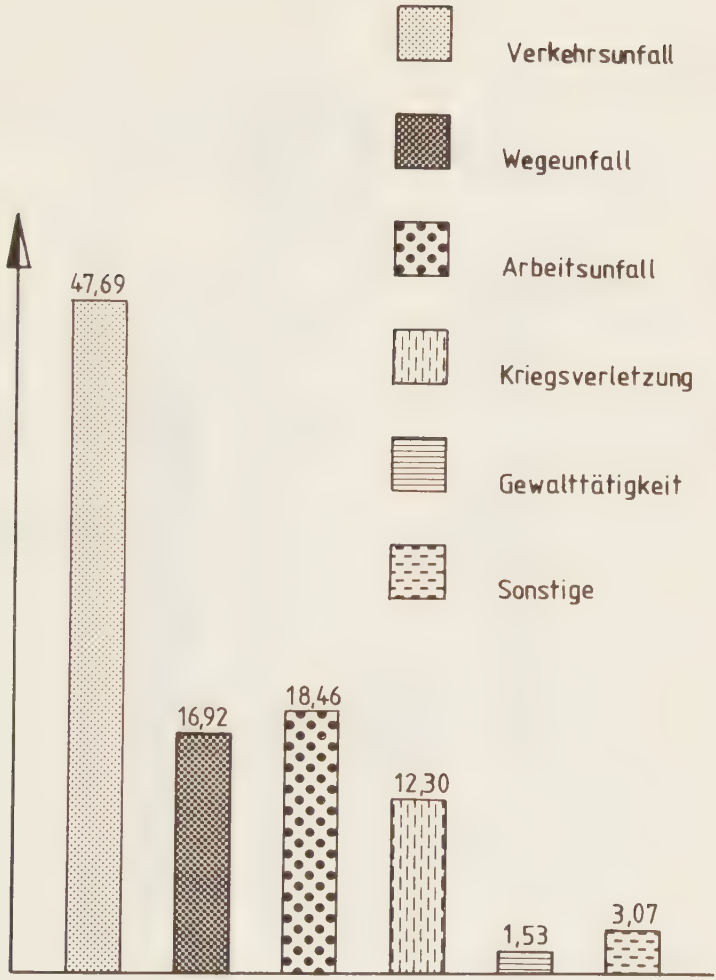


Abb.4

Zahl der Gutachten

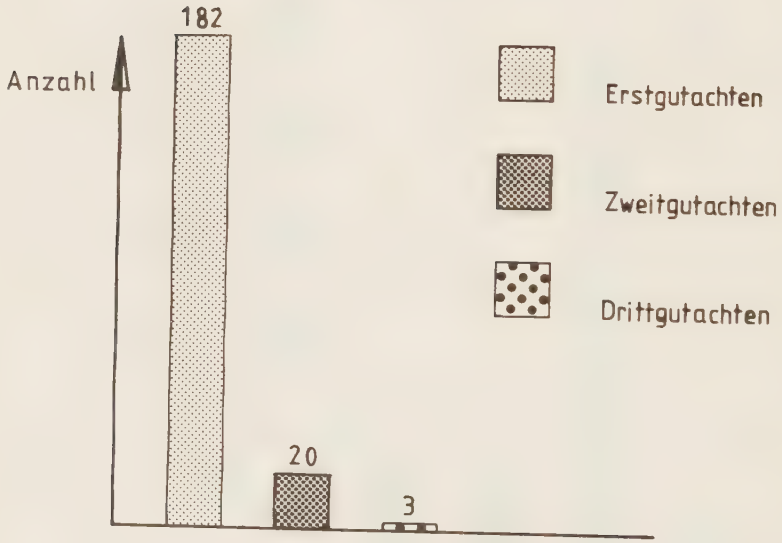


Abb. 5

Art der Gutachten

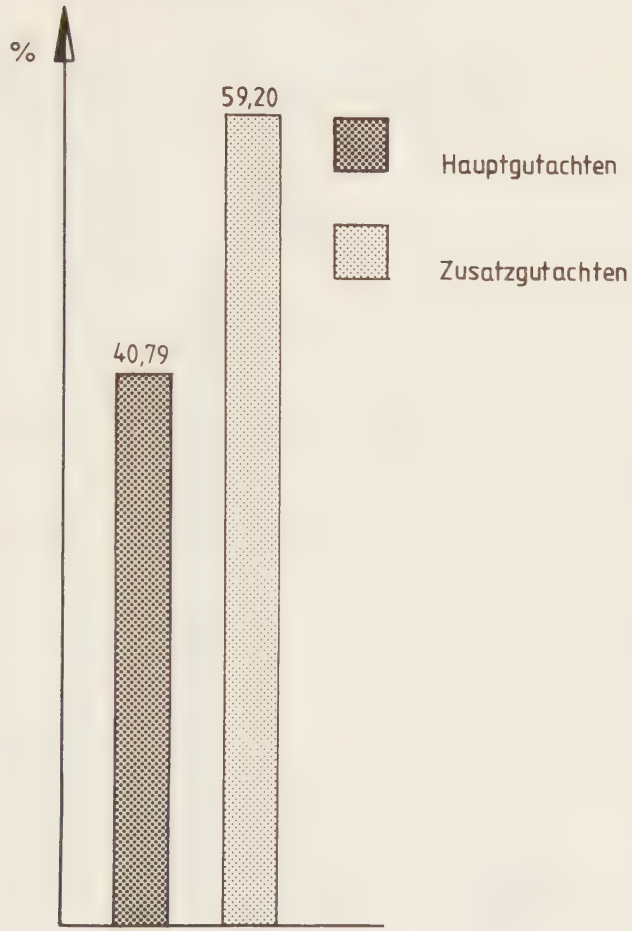


Abb. 6

Jahrgang der Gutachten

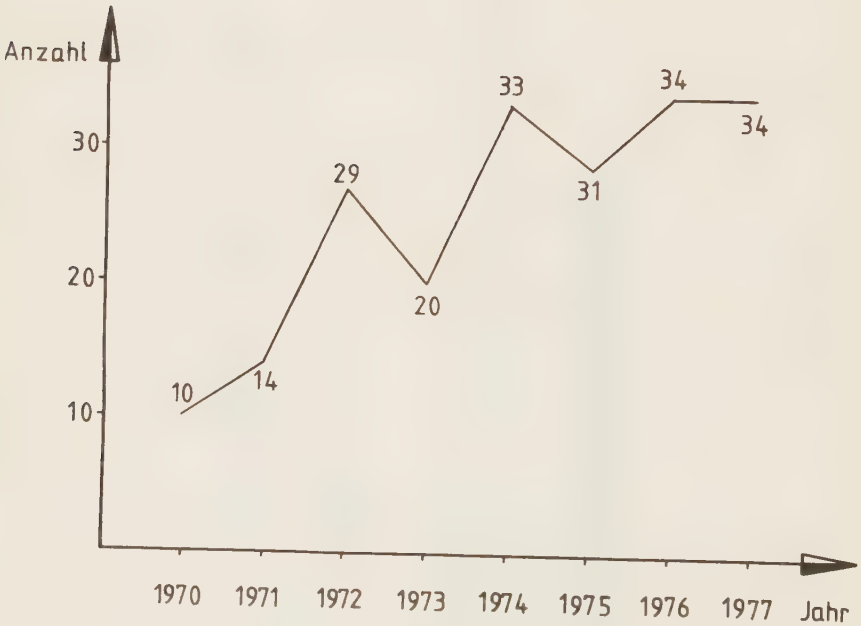


Abb. 7

Gutachtenadresse

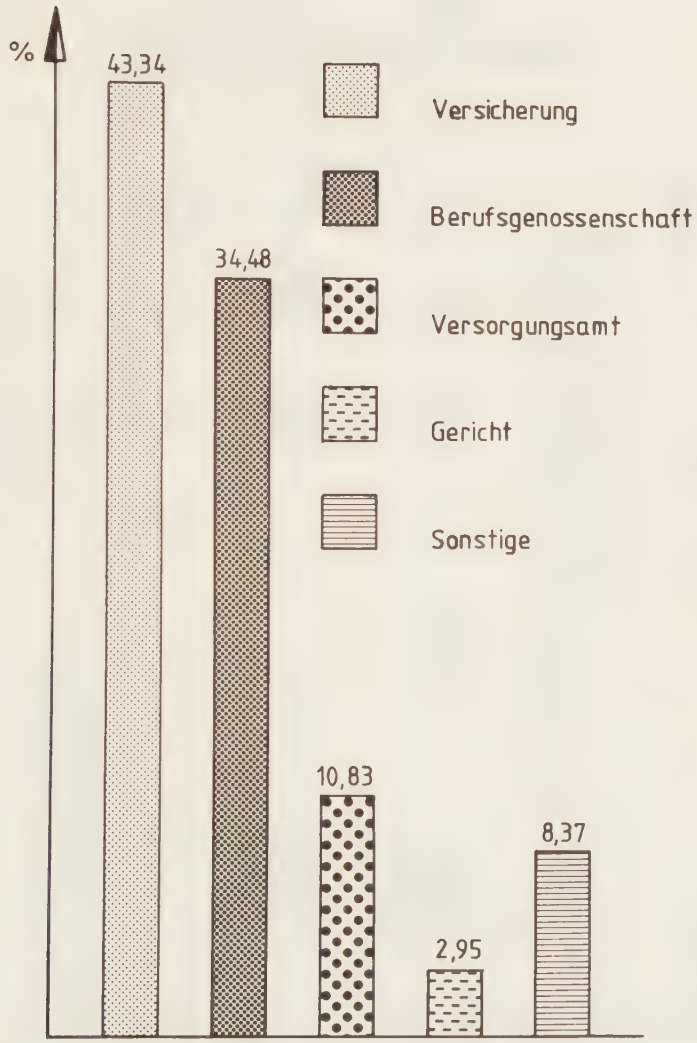


Abb. 8

Subjektive Beschwerden

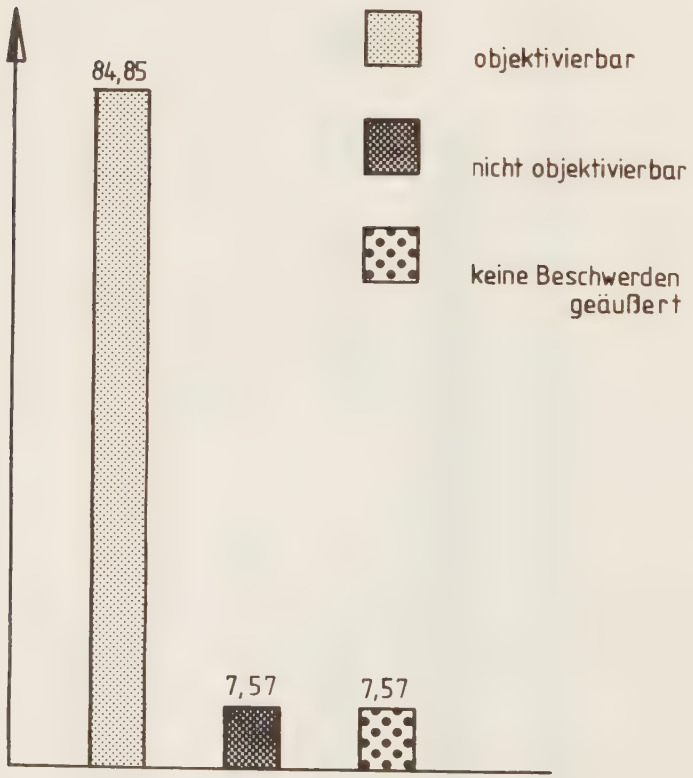


Abb. 9

Verletzungen des Sehorgans

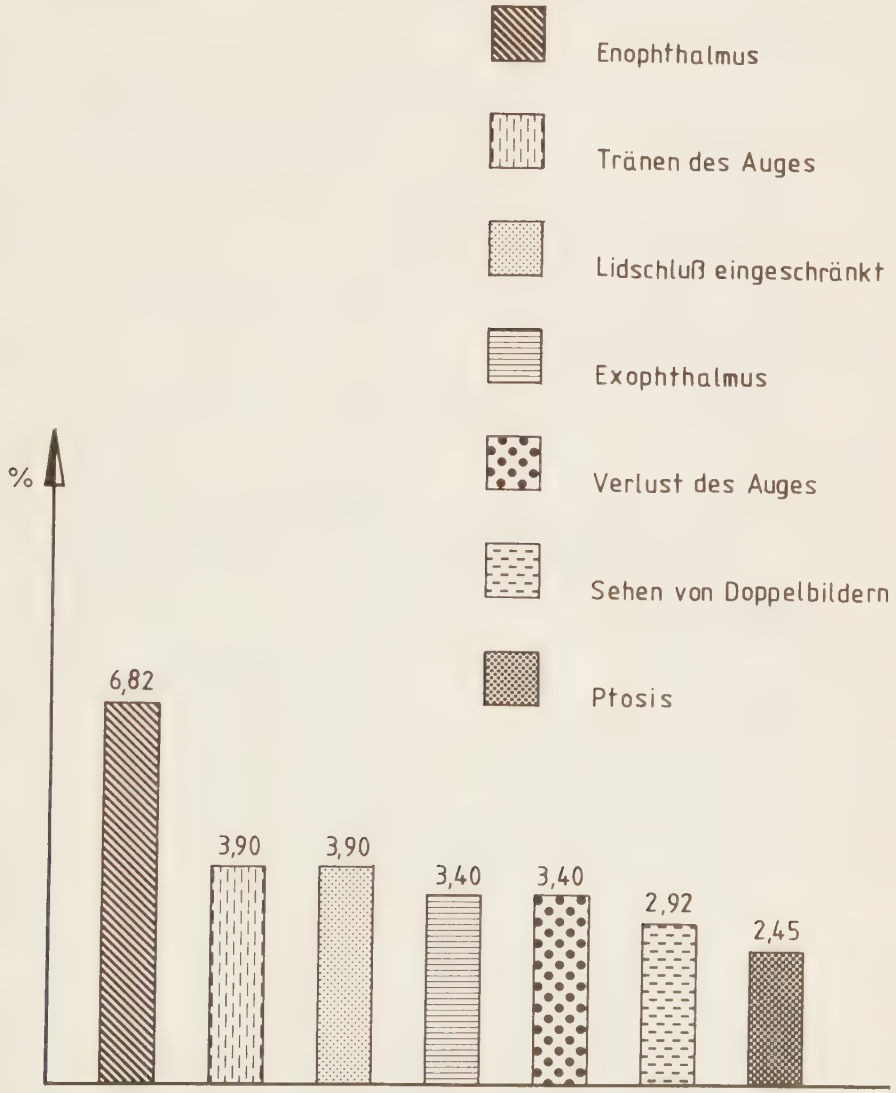
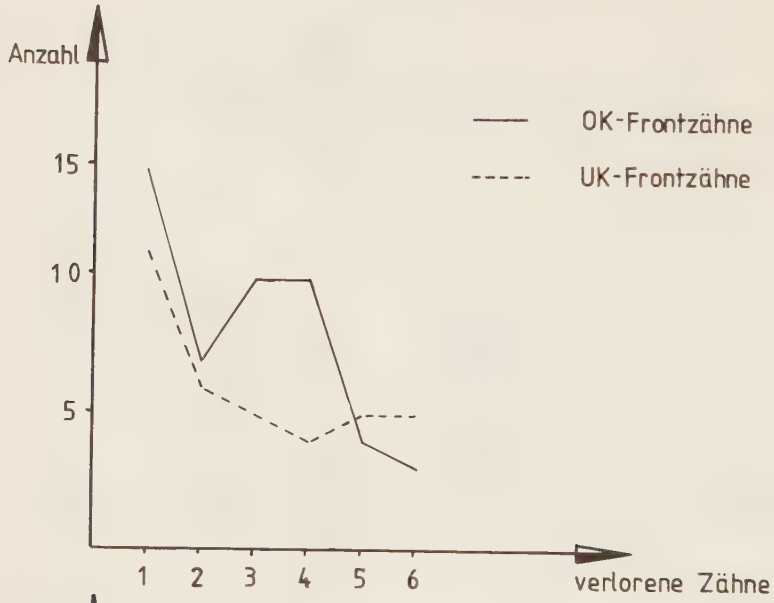


Abb. 10

Zahnverluste



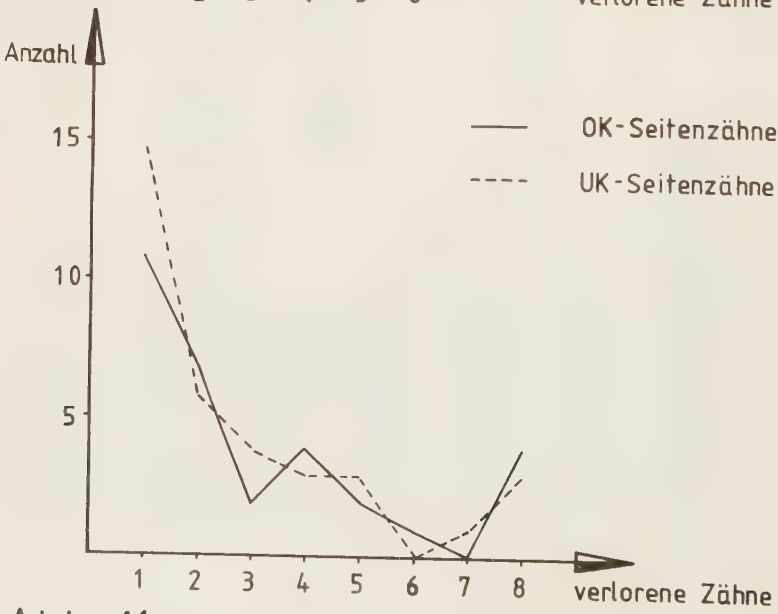


Abb. 11

Tabelle 2: Facialisparese:

Lokalisation	Schweregrad	Zahl der Patienten (in %)
rechts		2,92
links		4,87
beidseits		0,48
ohne nähere Angaben		0,96
	leicht	8,29
	mittel	0,48
	schwer	0,48
	GESAMT	9,25

Gesichtsdefekte

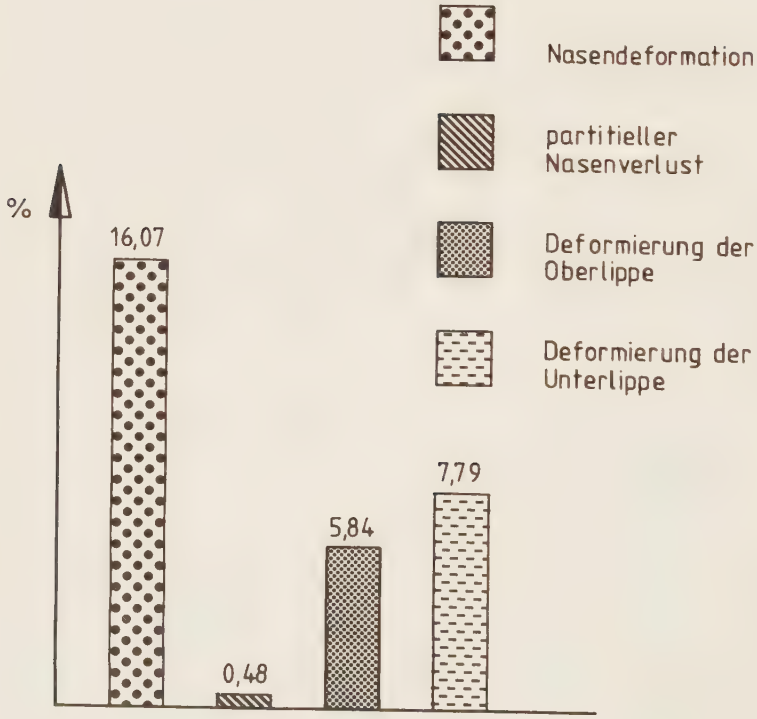


Abb. 12

Nasendeformation

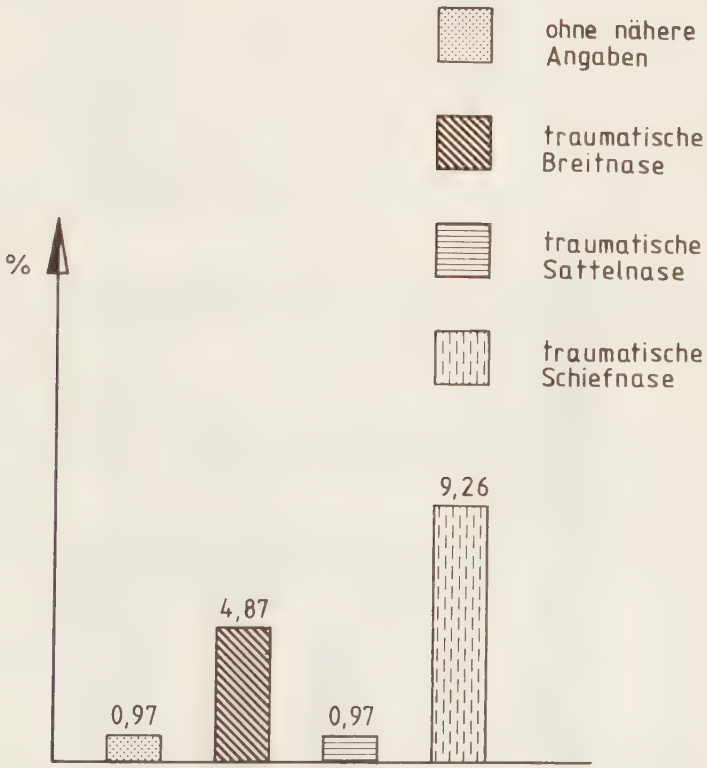


Abb. 13

Asymmetrien

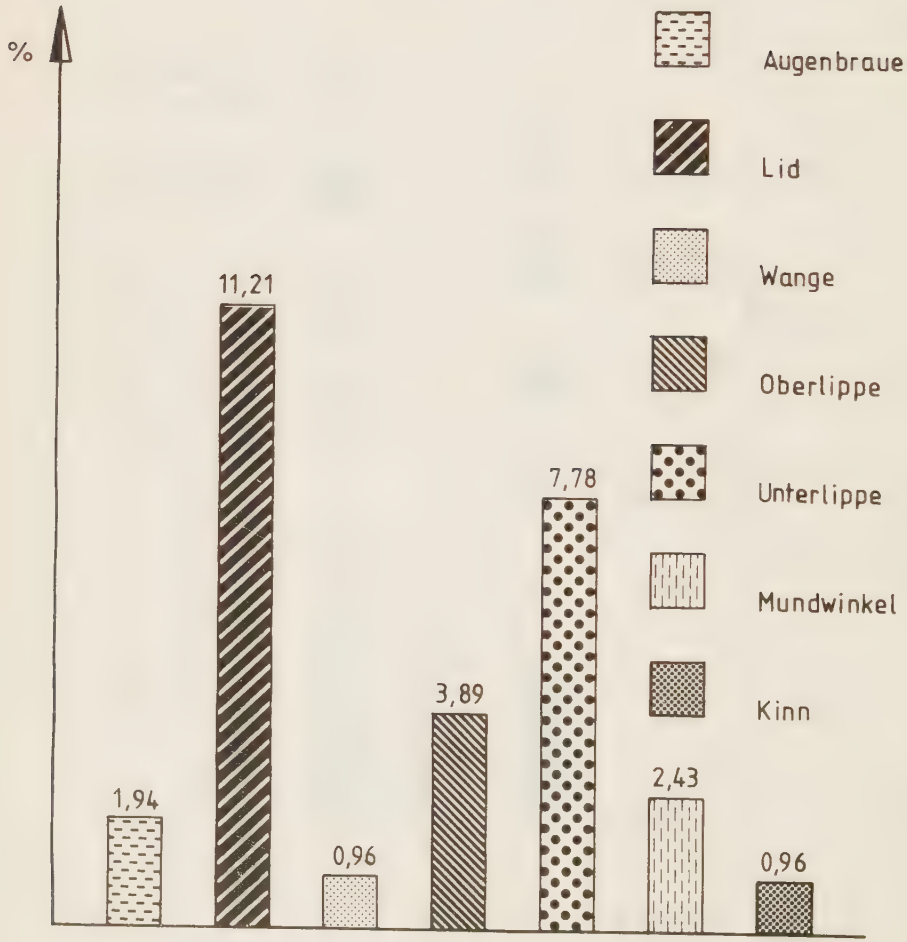


Abb. 14

Profiländerungen

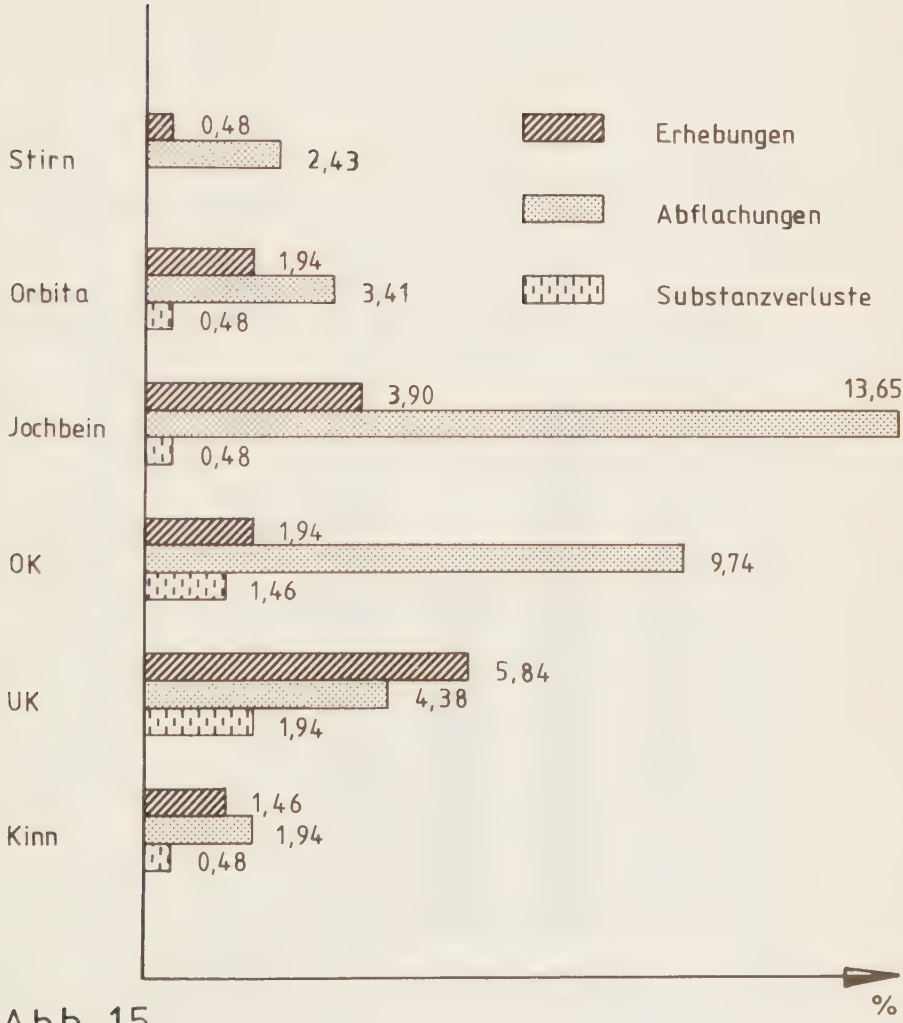


Abb.15

Anzahl der Narben

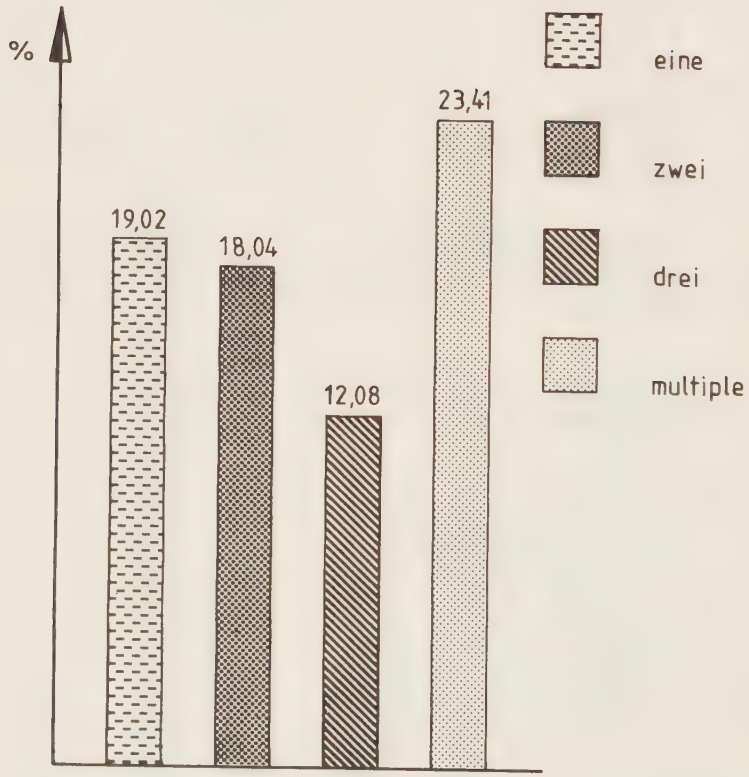


Abb. 16

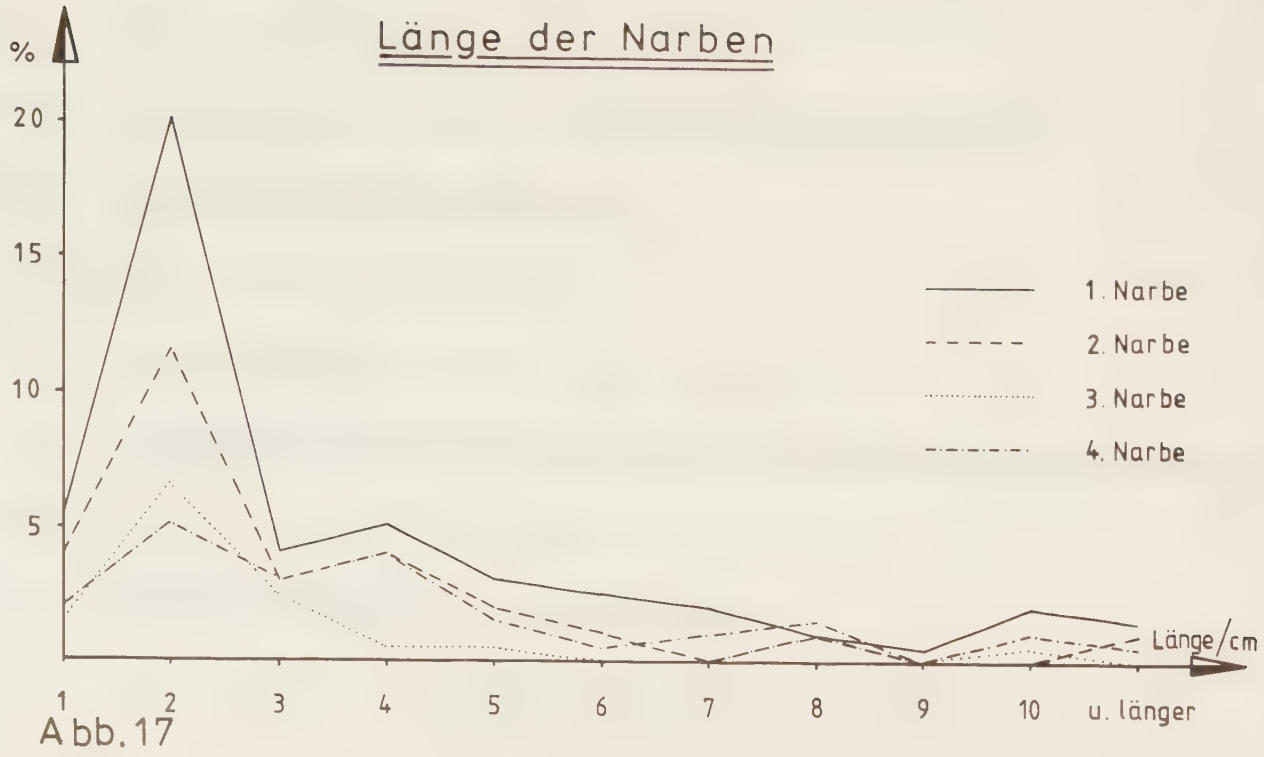

Länge der Narben
%
20
15
10
5
1. Narbe
2. Narbe
3. Narbe
4. Narbe
Länge/cm
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
u. länger

Abb. 17

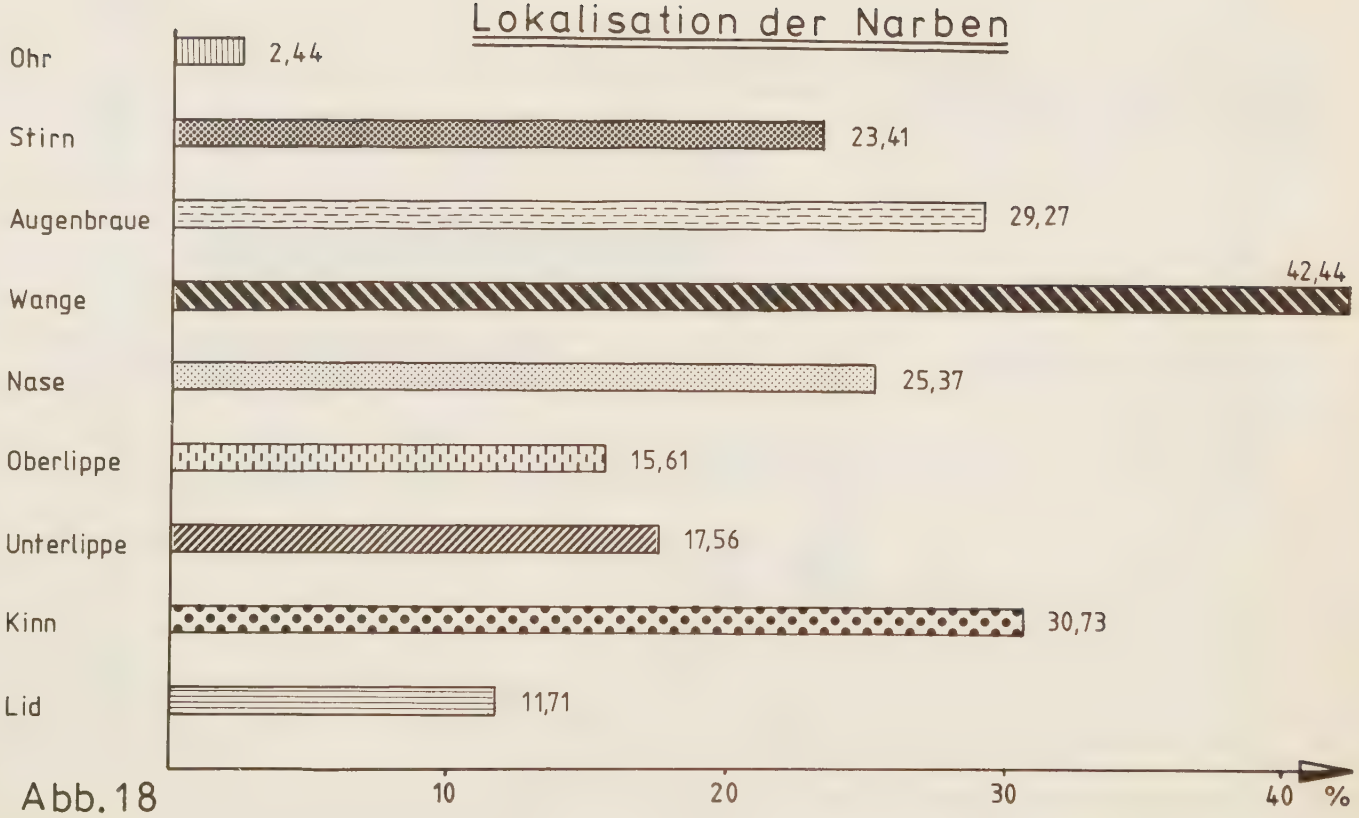

Lokalisation der Narben
Ohr
2,44
Stirn
23,41
Augenbraue
29,27
Wange
42,44
Nase
25,37
Oberlippe
15,61
Unterlippe
17,56
Kinn
30,73
Lid
11,71
10
20
30
40
%

Abb. 18

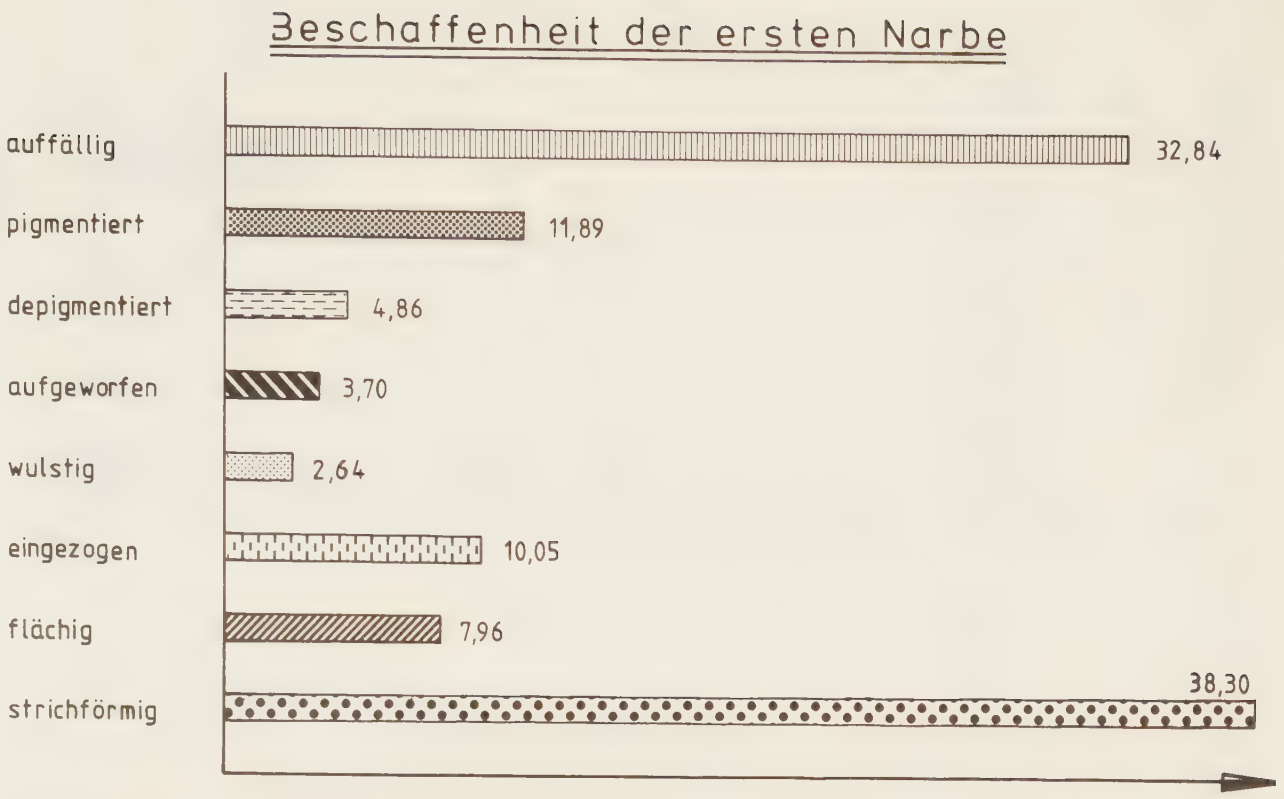

Beschaffenheit der ersten Narbe
auffällig
32,84
pigmentiert
11,89
depigmentiert
4,86
aufgeworfen
3,70
wulstig
2,64
eingezogen
10,05
flächig
7,96
strichförmig
38,30

Abb. 19

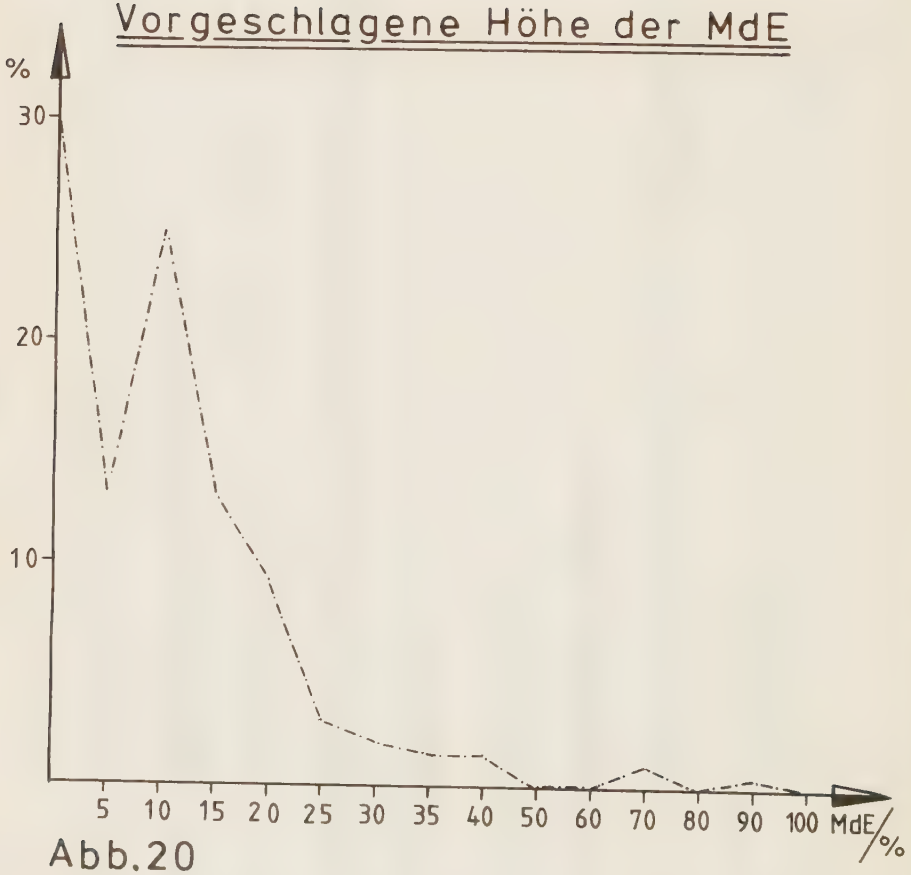

Vorgeschlagene Höhe der MdE
%
30
20
10
5
10
15
20
25
30
35
40
50
60
70
80
90
100
MdE/%

Abb.20

Vorgeschlagene Dauer der MdE

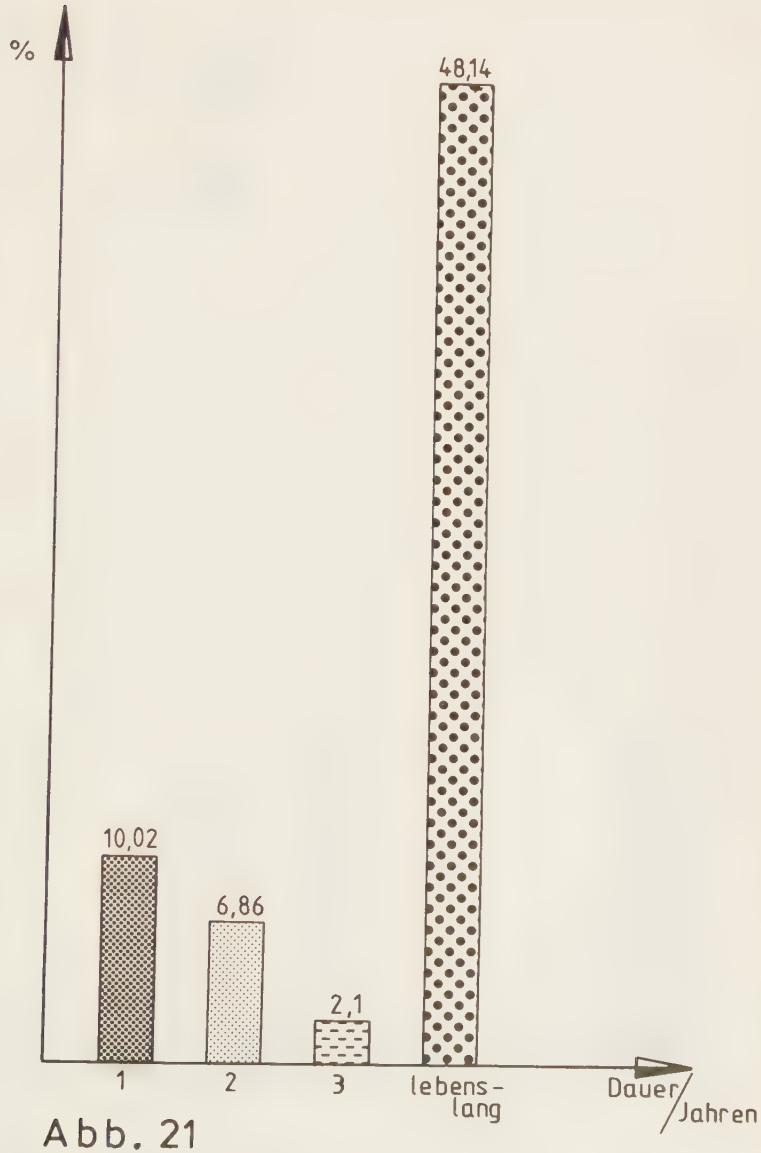


Abb. 21

Aufteilung der Fälle nach Höhe und

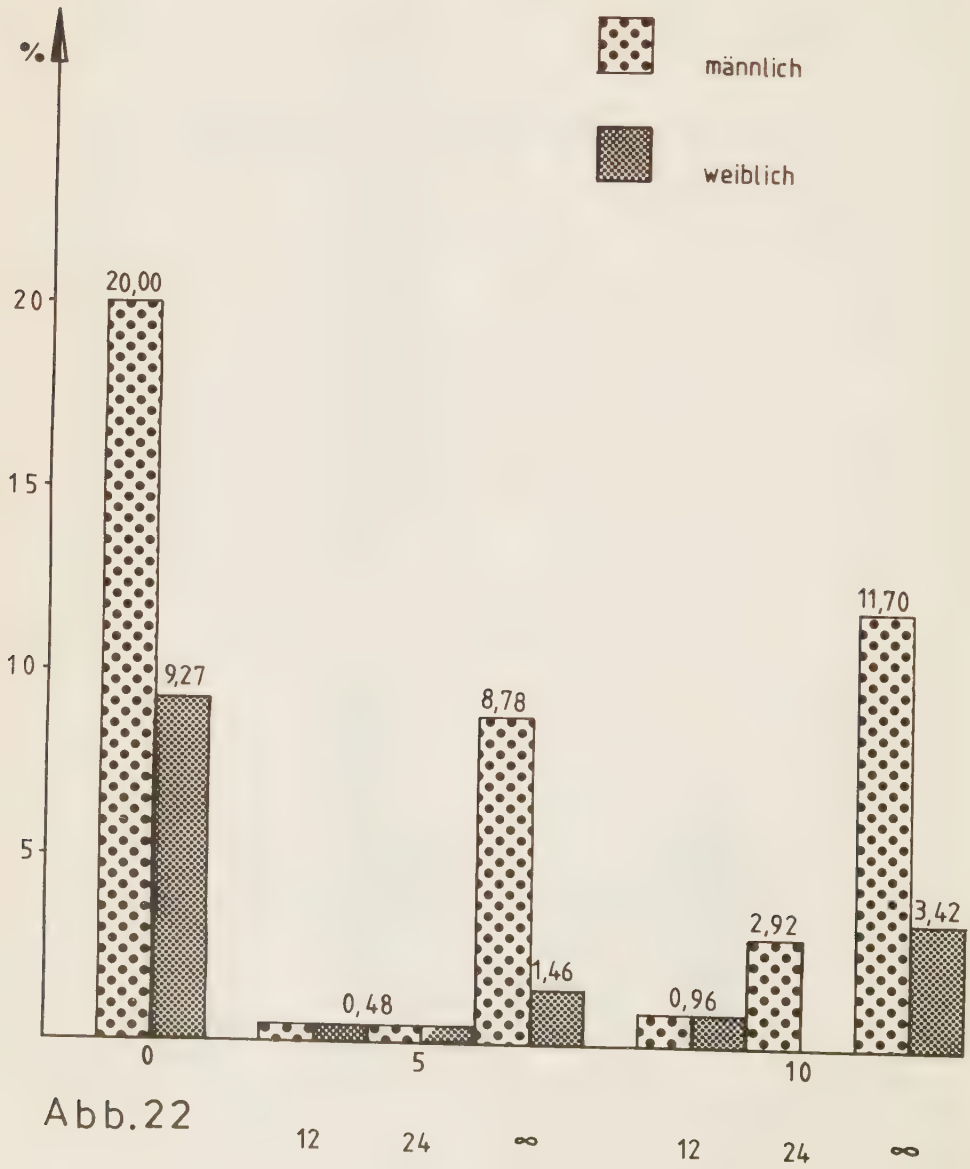
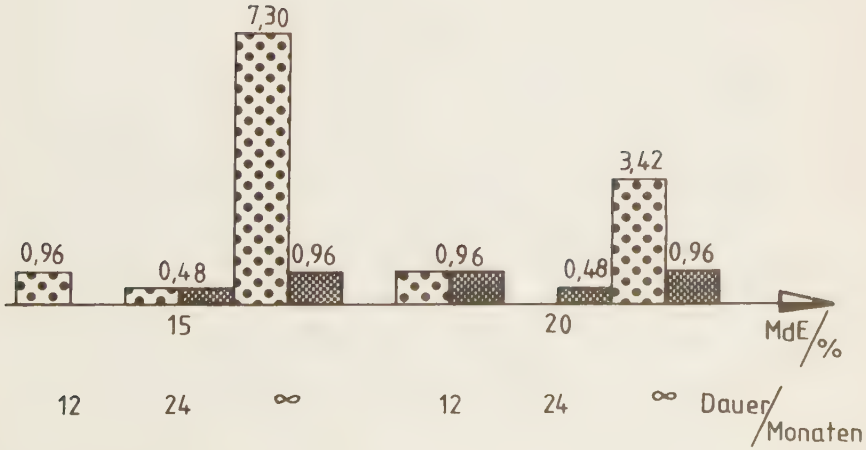


Abb.22

Dauer der MdE und nach Geschlecht



V. DISKUSSION

Abb. 1 zeigt die Altersverteilung aller begutachteten Patienten.
Die Patienten zwischen 16 und 41 Jahren bilden mit 82,5% das größte Kollektiv. Es folgen mit 13% die Patienten im Alter von 41 - 61, Kinder und Jugendliche mit 2,5% und als kleinste Gruppe die über 61-jährigen mit 2%.

Abb. 2 zeigt die Aufteilung der Fälle nach dem Geschlecht. Der Anteil der begutachteten männlichen Personen beträgt 77% und ist damit mehr als dreimal so groß wie derjenige der weiblichen Personen, die lediglich 23% ausmachen.

Abb. 3 gibt Auskunft über den Familienstand der begutachteten Patienten.
In 44% der Fälle war der Familienstand nicht zu ermitteln, da er weder im Gutachten noch in den Krankenunterlagen aufgeführt war.
Von den verbleibenden 115 begutachteten Patienten (= 100%) waren 60% ledig und 40% verheiratet.

Tab. 1 zeigt die Häufigkeit der verschiedenen Berufe. Auffallend, daß in 43% der Fälle im Gutachten kein Beruf angegeben ist. Das ist insofern unverständlich, als doch die Minderung der Erwerbsfähigkeit beurteilt und u.U. ein besonderes berufliches Betroffensein mitberücksichtigt werden soll. Beides setzt aber die Kenntnis des Berufes des zu Begutachtenden voraus.
Betrachtet man die verbleibenden 117 Fälle (57%), so ergibt sich folgendes Bild:
Die Arbeiter liegen mit 17 Fällen an der Spitze, gefolgt von Landwirten (11) und Schülern (10). In geringem Abstand folgen Kraftfahrer (8) und Hausfrauen (7). Jeweils fünfmal vertreten sind die Berufe Mechaniker und Schlosser, viermal Büroangestellter und Kaufmann. Weitere zahlreiche Berufe kommen drei-, zwei-, bzw. nur einmal vor.

In Abb. 4 werden die Ursachen, die zu einer Begutachtung führten, aufgezeigt.
In 10 (5%) von 205 Gutachten war der Anlaß für die Gutachtenerstelleung nicht angegeben, so daß hier nur 195 Fälle (= 100%) betrachtet wurden.
Der häufigste Grund für eine Einweisung in die Klinik und eine nachfolgende Begutachtung sind Verletzungen bei Verkehrsunfällen (48%). Es folgen Wegeunfälle und Arbeitsunfälle, die mit 17% bzw. 18% in der Häufigkeit dicht beieinander liegen. Kriegsverletzungen sind in 12% der Fälle Anlaß für eine Begutachtung. Körperliche Schäden infolge von Gewalttätigkeiten kommen als Ursache nur sehr selten vor (2%). Verletzungen auf Grund anderer Ereignisse, wie z.B. Biß eines Hundes, Hantieren mit Sprengkörpern sowie Unterkieferfrakturen während einer Zahnextraktion wurden unter dem Begriff "Sonstige" zusammengefaßt. Sie machen lediglich 3% aus.
Auffällig ist die hohe Zahl von Patienten, die bedingt durch einen Unfall im Straßenverkehr begutachtet werden mußten. Hierzu zählen alle die Patienten, die in unserer Abbildung unter den Rubriken "Verkehrsunfälle" und "Wegeunfälle" erfaßt worden sind, da ja ein Wegeunfall ein Verkehrsunfall auf dem Wege zur Arbeit bzw. von der Arbeit nach Hause ist. Diese Gruppe macht mit 65% fast zwei Drittel des begutachteten Patientenkollektivs aus.

Abb. 5 veranschaulicht die Aufteilung aller Gutachten in Erst-, Zweit- und Drittgutachten.
In 182 Fällen (88,5%) handelte es sich um Erstgutachten, in 20 (10%) um Zweit- und in 3 (1,5%) um Drittgutachten.
In den meisten Fällen, in denen Zweit- oder Drittgutachten vorlagen, hatte der Gutachter im Erstgutachten auf die Notwendigkeit einer erneuten Begutachtung nach Ablauf einer bestimmten Frist hingewiesen, um zu erwartende Veränderungen im Krankheitsbild des Patienten berücksichtigen zu können. Unabhängig davon, ob es sich um ein Erst-, Zweit- oder Drittgutachten handelte, wurde jedes Gutachten als selbständiges betrachtet und als solches in unsere

Auswertung mit einbezogen, da jedesmal ein neuer Befund mit einer entsprechenden MdE vorlag.

Abb. 6 zeigt die Aufteilung in Haupt- und Zusatzgutachten. In 59% der Fälle handelte es sich um Zusatzgutachten, in 41% um Hauptgutachten.
Als Hauptgutachten wurden Gutachten über Patienten bezeichnet, die ausschließlich Störungen im maxillo-facialen Bereich aufwiesen, als Zusatzgutachten solche über polytraumatisierte Patienten, bei denen lediglich die unser Fachgebiet betreffenden Störungen begutachtet wurden.

Abb. 7 zeigt die Verteilung der Gutachten auf den Zeitraum von 1970 - 77 gemäß ihres Erstellungsdatums.
Im Zeitraum 1970 - 73 wurden durchschnittlich 18 Gutachten pro Jahr erstellt, während in den daruffolgenden vier Jahren der Durchschnitt bei 33 Gutachten pro Jahr lag.

Abb. 8 schlüsselt die Gutachten nach den verschiedenen Adressaten auf.
Versicherungen und Berufsgenossenschaften fordern mit 43% bzw. 35% am häufigsten Gutachten an, Versorgungsämter lediglich in 11% und Gerichte sogar nur in 3% der Fälle. In 8% waren die Adressaten so verschiedene Institutionen wie Bundeswehr, Landespolizei und Versorgungskrankenhäuser. Sie wurden unter der Bezeichnung "Sonstige" zusammengefaßt.

Abb. 9 Subjektive Beschwerden:
Bei 7 (3,5%) von 205 Gutachten fehlte jeglicher Hinweis auf etwaige geäußerte Beschwerden, so daß nur 198 Fälle (= 100%) betrachtet wurden.
Die weitaus größte Gruppe bilden mit 85% die Patienten, deren angegebene Beschwerden objektivierbar waren. Hierunter fallen auch die Patienten, von denen der Gutachter den Eindruck hatte, daß sie ihre nicht oder nur schwer objektivierbaren Beschwerden glaubhaft, d.h. ohne Aggravation bzw. Simulation vorgetragen hatten. Lediglich in 7,5% der Fälle erschienen die Angaben stark übertrieben und konnten durch entsprechende Befunde nicht bestätigt

werden. Weitere 7,5% der Patienten hatten auf entsprechende Fragen keinerlei Beschwerden angegeben.

Abb. 10 veranschaulicht die aufgetretenen Verletzungen des Sehorgans.
Insgesamt 20% aller begutachteten Patienten wiesen eine Verletzung des Auges auf, wobei der Exophthalmus mit 7% an erster Stelle in der Häufigkeitsfolge steht. Die restlichen Störungen wie dauerndes Tränen des Auges, eingeschränkter Lidschluß, Exophthalmus, Verlust des Auges und Ptosis traten jeweils in weniger als 5% der Fälle nahezu gleich häufig auf.

Abb. 11 gibt die Anzahl der infolge einer Verletzung verlorengegangenen Zähne an, aufgeteilt nach Front- und Seitenzahngebiet sowie nach OK und UK.
Bei insgesamt 86 Patienten (42%) kam es zu traumatisch bedingtem Zahnverlust. Nach der Häufigkeit steht immer der Verlust eines einzelnen Zahnes an erster Stelle. Eine Ausnahme bilden verständlicherweise die in exponierter Stellung stehenden Zähne des OK-Frontzahngebietes, da hier häufig drei bzw. vier Zähne gleichzeitig verloren gehen. Aus dem Kurvenverlauf wird weiterhin ersichtlich, daß mit steigender Anzahl der zu Verlust gegangenen Zähne die Zahl der betroffen Patienten abnimmt.

Tab. 2 Facialisparese:
In insgesamt 19 Fällen (9%) war eine Facialisparese festgestellt worden, wobei der Gutachter allerdings nur in einem Fall die Beeinträchtigung durch die Parese für "schwer" hielt.

In Abb. 12 werden Deformierungen von Nase und Lippen dargestellt.
Insgesamt wiesen etwa 30% der begutachteten Patienten Veränderungen in diesen Bereichen auf, wobei die Personen, die eine Deformierung im Bereich der Nase erlitten hatten mit 16% etwas stärker vertreten sind als die, die eine Deformierung der Lippenpartie aufwiesen (14%). Hier ist die Unterlippe mit 8% nur wenig häufiger betroffen als die Oberlippe mit 6%.

In Abb. 13 sind die Deformationen der Nase detailliert aufgeführt, wobei diese in die Gruppen "traumatische Breitnase, traumatische Sattelnase und traumatische Schiefnase" unterteilt wurden.
In zwei Gutachten war zwar eine Deformation der Nase erwähnt, jedoch war keine Beschreibung der Veränderung gemacht worden.
Am häufigsten ist mit 9% eine traumatische Schiefnase als Verletzungsfolge zu beobachten, in etwa 5% tritt eine traumatische Breitnase auf, und nur in knapp 1% kam es zur Ausbildung einer traumatischen Sattelnase.

In Abb. 14 werden die beobachteten Asymmetrien in Bezug auf ihre Häufigkeit und Lokalisation dargestellt.
Insgesamt etwa 25% des begutachteten Patientenkollektivs wiesen eine oder mehrere Asymmetrien auf.
Etwa gleich oft sind die Augenpartie (13%) und die Lippenpartie (14%) in Mitleidenschaft gezogen.
Asymmetrien der Augenlider kommen mit 11% am häufigsten vor, gefolgt von denen im Bereich der Unterlippe (8%) und der Oberlippe, die mit 4% noch deutlich häufiger betroffen ist als die anderen Gesichtspartien. Asymmetrien im Bereich der Wange und des Kinns kommen sogar nur in 1% der Fälle vor.

Die Abb. 15 veranschaulicht die aufgetretenen Profiländerungen,wobei eine Unterteilung nach ihrer Art in "Erhebungen, Abflachungen und Substanzverluste" sowie nach ihrer Lokalisation vorgenommen wurde.
Bei etwa 25% aller begutachteten Patienten wurde eine Profiländerung im Sinne einer Abflachung beobachtet, wobei diese bei fast 14% im Jochbeinbereich und bei etwa 10% im OK-bereich lokalisiert war. Es folgen in der Reihenfolge der Häufigkeit der UK- und der Orbitabereich (4%), dann mit jeweils nur 2% Stirn- und Kinnpartie.
Bei insgesamt 11% der Patienten trat eine Profiländerung unter dem Bild einer Erhebung auf, wobei hier am häufigsten der Unterkiefer (6%) betroffen war. Deutlich häufiger als

die übrigen Gesichtspartien, die alle nur in circa 1% -2% betroffen waren, wies der Jochbeinbereich (4%) Erhebungen auf.
In nur 3% aller Fälle wurde ein Substanzverlust festgestellt, der sich fast ausschließlich im OK- und UK-bereich lokalisieren ließ.
Daß die Summe der einzelnen Profiländerungen deutlich höher liegt als unter den Oberbegriffen aufgeführt, erkärt sich aus der Tatsache, daß bei sehr vielen Patienten gleichzeitig verschiedene Profiländerungen zu beobachten waren.
Insgesamt wird aus der Abbildung deutlich, daß die Abflachung als Verletzungsfolge bis auf den UK-bereich in jeder aufgeführten Lokalisation am häufigsten auftritt, wobei Jochbein- und OK-partie, also das Mittelgesicht, am häufigsten betroffen sind.

In der Abb. 16 wird dargestellt, wieviele der begutachteten Patienten eine, zwei, drei oder mehr Narben aufwiesen; dabei faßten wir vier und mehr Narben unter dem Begriff "multiple Narben" zusammen.
Insgesamt stellte der Gutachter bei nahezu 75% aller begutachteten Patienten Narben fest, wobei allein 25% multiple Narben aufwiesen. Lediglich eine Narbe hatten 19%, zwei Narben 18% und drei Narben etwa 12% des Patientenkollektivs; fast ein Drittel dieser Narben beschrieb der Gutachter als auffällig (siehe Abb. 19)
Zu erwähnen ist, daß es sich bei den aufgeführten Narben sowohl um direkte als auch um indirekte Verletzungsfolgen handelte, wobei wir unter dem letztgenannten Begriff alle die Narben verstanden haben, die durch einen operativen Eingriff bedingt waren, der zur Therapie der Verletzung oder ihrer Folgen notwendig geworden war.

Abb. 17 veranschaulicht die Länge der Narben, wobei soweit als möglich auch bei mehreren Narben jede einzelne in die Auswertung mit einbezogen wurde.
Bei einer Länge von 2 cm weist jede der Kurven ihren Häufigkeitsgipfel auf, der besonders bei der ersten Narbe

mit 20% und auch noch bei der zweiten Narbe mit 12% im Vergleich zu der Häufigkeit aller anderen Längenwerte deutlich höher liegt.
Zwischen 2% und 5% aller Narben sind bis zu 7 cm lang; danach fallen die Kurven fast auf den Nullwert um dann bei Längen von 10 cm und mehr wieder einen leichten Anstieg zu verzeichnen.

In Abb. 18 sind alle Narben nach ihrer Lokalisation unterteilt und in Beug auf ihre Häufigkeit miteinander verglichen worden.
In den allermeisten Fällen (43%) bleiben nach einer Verletzung bzw. nach einem operativen Eingriff Narben in der Wangengegend zurück, gefolgt vom Kinn-, Augenbrauen-, Nasen- und Stirnbereich, die alle mit 25% - 30% der Fälle Narben aufweisen.
In etwa 15% sind Unterlippe, Oberlippe und die Lider betroffen, während an den Ohren nur in ganz seltenen Fällen (2%) Narben feststellbar waren.
Daß die Summe der aufgeführten Prozentwerte 100% deutlich übersteigt, ist dadurch bedingt, daß ein Patient sehr häufig mehrere Narben als Verletzungsfolge zurückbehalten hatte (Vergl. Abb.16) und hier die Lokalisation jeder einzelnen Narbe erfaßt wurde, sofern sie im Gutachten angegeben war.

In Abb. 19 wird die Beschaffenheit der Narben am Beispiel der ersten Narbe veranschaulicht.
Die meisten Narben (circa 40%) wurden als strichförmig und nur etwa 8% als flächig beschrieben. Dagegen hielt der Gutachter 33% für auffällig, jeweils 10% waren pigmentiert und eingezogen, 5% depigmentiert, und mit Werten unter 5% sind nur in seltenen Fällen aufgeworfene bzw. wulstige Narben zu beobachten gewesen.

Abb. 20 zeigt die Häufigkeit der einzelnen MdE-Werte.
Mit 30% (62 Fälle) bilden die begutachteten Patienten, denen keine MdE zuerkannt wurde, die größte Gruppe.
Es folgen mit 25% die Patienten mit einer MdE von 10%.

Eine 5%-ige MdE wurde lediglich in 13% der Fälle gegeben. Das dürfte darauf zurückzuführen sein, daß es nicht nur in diesem Bereich schwierig ist, die MdE in Stufen von 5% festzusetzen. Es wird dann wahrscheinlich entweder gar keine oder aber eine MdE von 10% zuerkannt, da diese Differenz leichter faßbar ist. Eine gleichgroße Gruppe (13%) bilden die Patienten mit 15% MdE, gefolgt mit 10% von den Patienten mit einer MdE von 20%. Die verbleibenden 9% verteilen sich auf die höheren MdE-Werte und hier zum überwiegenden Teil auf Werte bis zu 40%.

Abb. 21 zeigt, für welchen Zeitraum eine MdE vorgeschlagen worden ist.
In 16 (8%) der 205 untersuchten Gutachten war keine Angabe über die vorgeschlagene Dauer der MdE gemacht worden, so daß diese Fälle nicht berücksichtigt werden konnten.
In 62 Fällen (33%) hielt der Gutachter eine MdE für nicht gegeben. (Siehe Abb. 20)
Die größte Gruppe (48%) bilden die Patienten, denen eine MdE bis ans Lebensende zuerkannt wurde. In lediglich 10% der Fälle wurde eine MdE für den Zeitraum eines Jahres, in 7% für zwei Jahre und nur in 2% für drei Jahre vorgeschlagen. Daß in keinem der vorliegenden Gutachten eine MdE über einen längeren Zeitraum als über drei Jahre hinweg vorgeschlagen wurde - abgesehen von den Fällen, bei denen der Gutachter die Gewährung einer MdE bis ans Lebensende für angebracht hielt -,kann vielleicht durch die beiden folgenden Gründe erklärt werden:

1. Die Erstversorgung ist in der Regel so gut, daß eine Beeinträchtigung des Patienten, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bedingt, vom Gutachter lediglich über einen bestimmten Zeitrau objektiviert werden kann. Dieser Zeitraum dürfte sich nach den vorliegenden Ergebnissen über höchstens drei Jahre erstrecken.
2. Erwartet der Gutachter eine wesentliche Änderung im Krankheitsbild des Patienten, die somit eine Änderung in der Höhe der MdE zur Folge hätte,schlägt er von sich aus eine Nachbegutachtung nach ein, zwei oder drei Jahren vor.

Abb. 22 zeigt die Aufteilung der Fälle nach Höhe und Dauer der MdE und nach Geschlecht.
Die größte Gruppe bilden mit 30% die begutachteten Patienten, denen keine MdE zuerkannt wurde, wobei die Männer (20%) doppelt so häufig vertreten sind als die Frauen (10%).
An den übrigen Gruppen fällt auf, daß die Patienten, bei denen der Gutachter die Gewährung einer MdE bis ans Lebensende für angebracht hielt, immer deutlich überwiegen.
Fast durchweg Einzelfälle sind dagegen diejenigen begutachteten Personen, denen die MdE nur für einen befristeten Zeitraum zuerkannt wurde.
Das Verhältnis Männer - Frauen ist bei den einzelnen MdE-Werten wie folgt (betrachtet werden nur Fälle mit lebenslang festgesetzter MdE) :

MdE (in %)	Männer/Frauen
0	2 : 1
5	6 : 1
10	3 : 1
15	7 : 1
20	3 : 1

Vergleicht man nun mit dem Gesamtverhältnis Männer - Frauen, das 3 : 1 beträgt (siehe Abb. 2), so ergibt sich folgendes: In der Gruppe der Patienten mit mit einer MdE von 0% sind die Frauen überrepräsentiert, in der Gruppe der Patienten mit einer MdE von 5% und 15% die Männer und zwar stärker als die Frauen in der erstgenannten Gruppe. Bei den Patienten mit einer MdE von 10% bzw. 20% entspricht das Verhältnis in etwa dem Gesamtverhältnis. Besonders auffallend ist, daß die weiblichen Personen in der Gruppe der MdE von 0% knapp 50% des gesamten begutachteten weiblichen Kollektivs darstellen, während es bei den Männern nur 25% des gesamten begutachteten Kollektivs sind.
Eine analoge Aufschlüsselung der begutachteten Patienten mit einer MdE über 20% erschien nicht sinnvoll, da diese insgesamt nur 9% ausmachen. Auch hier sind die Frauen unterrepräsentiert (Männer/Frauen 6:1), was wohl darauf zurückzuführen ist, daß sich diese Gruppe zum Großteil (2/3) aus Kriegsversehrten zusammensetzt.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

An Hand von 205 freien Gutachten, die in den Jahren 1970 - 77 an der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Tübingen erstellt worden waren, wurden die ästhetischen Störungen infolge von maxillo-facialen Verletzungen und ihr Einfluß auf die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) untersucht.

Es wurde ein Erhebungsbogen aufgestellt, nach dem die Kriterien, die zur Schätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit herangezogen worden waren, ausgewertet werden konnten.

Die wichtigsten Parameter sind im folgenden in einer Übersicht zusammengestellt:

1. Das Durchschnittsalter aller begutachteten Personen lag zwischen 20 und 40 Jahren.
2. Drei Viertel des begutachteten Kollektivs waren männlichen Geschlechts.
   In nahezu 50% war der Familienstand im Gutachten nicht angegeben. Die andere Hälfte setzte sich zu 60% aus ledigen und zu 40% aus verheirateten Personen zusammen.
   Ebenfalls in nahezu der Hälfte der Fälle gab das Gutachten keine Auskunft über den Beruf. Die aufgeführten Berufe ergeben ein breites Spektrum, aus dem lediglich Arbeiter, Landwirte und Schüler mit vergleichsweise hohen Prozentwerten hervorragen.
3. Verkehrs- und Wegeunfälle sind zu 65% Ursache für eine spätere Begutachtung, Arbeitsunfälle in 20% und Kriegsverletzungen in 10% der Fälle.
4. Fast 90% der Gutachten waren Erstgutachten.
   In 60% der Fälle handelte es sich um Zusatzgutachten, in 40% um Hauptgutachten.
   Wurden im Zeitraum von 1970 - 73 im Durchschnitt 18 Gutachten pro Jahr erstellt, so erhöhte sich dieser in den folgenden vier Jahren auf 33 Gutachten pro Jahr.
   Während Versicherungen und Berufsgenossenschaften

jeweils etwa 40% aller Gutachten anforderten, waren Versorgungsämter lediglich in 10% und Gerichte in weniger als 5% der Fälle Adressat von Gutachten.

5. Bei 85% aller begutachteten Personen waren die geklagten Beschwerden objektivierbar.
6. Bei 20% der Patienten war das Sehorgan durch die erlittenen Verletzungen in Mitleidenschaft gezogen. Die einzelnen Störungen wie Tränen des Auges, Lidschluß eingeschränkt, Exophthalmus, Verlust des Auges und Ptosis traten in weniger als 5% der Fälle auf. Lediglich ein Enophthalmus war in mehr als 5% zu beobachten.
7. Zu traumatisch bedingtem Zahnverlust kam es bei 42% der Patienten. Der Verlust eines einzelnen Zahnes ist am häufigsten, ausgenommen das Oberkieferfrontzahngebiet; hier gehen oft drei bzw. vier Zähne gleichzeitig verloren.
8. Etwa 10% aller Patienten wiesen eine Facialisparese auf, die der Gutachter fast durchweg als leicht beschrieb.
9. Nahezu 30% aller Patienten wiesen Veränderungen im Lippenbereich oder im Nasenbereich auf, die beide nahezu gleich häufig betroffen waren (je 15%). Von den Lippen ist die Unterlippe etwas häufiger verletzt worden (8%) als die Oberlippe (6%). Bei den Nasenverletzungen kommt es am häufigsten (9%) zur Ausbildung einer traumatischen Schiefnase, in 5% zu einer Breitnase und in nur 1% der Fälle zu einer traumatischen Sattelnase.
10. 25% des begutachteten Patientenkollektivs wiesen Asymmetrien als Verletzungsfolge auf, wobei lediglich Augen- und Lippenpartie nennenswert häufig betroffen waren (13%).
11. Bei fast 40% der Patienten wurde eine Profiländerung beobachtet, wobei 25% auf Abflachungen, 11% auf Erhebungen und 3% auf Substanzverluste entfielen. Fast immer ist der Jochbeinbereich am häufigsten betroffen.
12. Der Gutachter stellte bei fast 75% aller Patienten Narbenbildungen fest, wobei allein 25% multiple Narben

aufwiesen. Die meisten Narben sind ungefähr 2 cm lang, sind im Wangenbereich lokalisiert und werden in 33% der Fälle als auffällig beschrieben.

13. 30% des begutachteten Patientenkollektivs wurde keine Minderung der Erwerbsfähigkeit zuerkannt. In einem Viertel der Fälle schätzte der Gutachter die MdE auf 10%. 5%, 15% und 20% MdE hielt der Gutachter in jeweils 10% für gegeben. Höhere MdE-Werte als 40% sind nur selten gegeben worden.
Bei fast der Hälfte der begutachteten Patienten hielt der Gutachter eine Gewährung der MdE bis ans Lebensende für gerechtfertigt; in insgesamt 20% der Fälle wurde eine MdE nur für den Zeitraum von einem, zwei oder drei Jahren vorgeschlagen.

Herrn Professor Dr. Dr. Norbert Schwenzer, dem ärztlichen Direktor der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Tübingen,danke ich für die Uberlassung des Themas, seine freundliche Beratung und Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit.

Außerdem danke ich Frau Dr. K. Grund-Krehl und Herrn Dr. N. Eichenseher für die Hilfe bei der Erstellung des Erhebungsbogens, sowie Frau Black für ihre freundliche Unterstützung bei der Computerarbeit.

VII. LITERATURVERZEICHNIS

1. Bundesversorgungsgesetz vom 20.12.1950 in der Fassung vom 20.1.1967 - BGBl I, 141

2. Bürkle de la Camp, M. Schwaiger:
Handbuch der gesamten Unfallheilkunde
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1965

3. Gärtner, F.:
Rehabilitation und Versorgungsrecht von Kriegsversehrten im Kiefer- Gesichtsbereich
Carl Hanser Verlag, München 1972

4. Goetz, E., H.-H. Rauschelbach:
Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1973

5. Gruhle, H.:
Gutachtentechnik
Springer Verlag, Berin, Göttingen, Heidelberg 1955

6. Guenther, E., R. Hymmen:
Unfallbegutachtung
Walter de Gruyter, Berlin 1972

7. Heuer, K. H.:
Der Gutachter als Gehilfe des Gerichts bei der Bewertung der MdE
Med. Klin. 60, 1333-1336 (1965)

8. v. Keitz, W.:
Das Gutachten im Versorgungswesen
F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart 1967

9. Kirsch, Th.:
Die Begutachtung in der Zahn-,Mund- und Kieferheilkunde
Dr. Alfred Hüthig Verlag, Heidelberg 1961

10. Liniger-Molineus:
Der Rentenmann
Johann Ambrosius Barth Verlag, München 1967

11. Liniger-Molineus:
Der Unfallmann
Johann Ambrosius Barth Verlag, München 1967

12. Link, K.,

13. Loebell, H.,

14. Matzke, H. in:
Fischer, A.W., Herget, R., Mollowitz, G.:
Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen
Johann Ambrosius Barth Verlag, München 1968

15. Marx, H.-H.:
Medizinische Begutachtung - Grundlagen und Praxis
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1977

16. Panse, F.:
Pathopsychologie der Gesichtsentstellten
Fortschr. Kiefer- und Gesichtschir. 12 (1967) 9

17. Rauschelbach, H.-H.:
Zur Bedeutung der MdE
Z. f. Allgemeinmedizin 1975, 58-60

18. Reichardt, M.:
Einführung in die Unfall- und Rentenbegutachtung
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1958

19. Reichenbach, E.:
Leitfaden der Kieferbruchbehandlung
Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig 1954

20. Reichenbach, E. in:
Bürkle de la Camp, M. Schwaiger:
Handbuch der gesamten Unfallheilkunde
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1965

21. Reichsversorgungsgesetz vom 12.5.1920

22. Schoenberg, G.:
Die ärztliche Beurteilung Beschädigter
Dr. Dietrich Steinkopf Verlag, Darmstadt 1967

LEBENSLAUF

Am 10. September 1954 wurde ich, Wolfgang Eßer, als Sohn der Eheleute Peter Eßer und Edith Eßer, geb. Thormann in Mönchengladbach geboren.

Von 1960 - 64 besuchte ich in Mönchengladbach die Volksschule Zeppelinschule. Von dort wechselte ich auf das Stiftisch-Humanistische-Gymnasium in Mönchengladbach, wo ich am 15. Mai 1973 die Reifeprüfung im altsprachlichen Zweig absolvierte.

Im Oktober 1973 nahm ich an der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen das Studium der Zahnheilkunde auf, legte im März 1976 die zahnärztliche Vorprüfung ab und beendete das Studium mit dem Staatsexamen am 13. Dezember 1978.

Seit Januar 1979 bin ich als Assistenzzahnarzt in einer Praxis in Albstadt tätig.